

Garantías constitucionales del internamiento involuntario por trastorno mental en el Tribunal Constitucional español y en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Constitutional Guarantees Of Involuntary Internment For Mental Disorder In The Spanish Constitutional Court And In The European Court Of Human Rights

Juan Alejandro MARTÍNEZ NAVARRO

 <http://orcid.org/0000-0002-5705-7097>

Universidad de Almería

Correo electrónico: jmn055@ual.es

RECIBIDO: 27 de julio de 2023

ACEPTADO: 21 de septiembre de 2023

RESUMEN: La salud mental ha surgido como uno de los desafíos más prominentes en la sociedad del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 9 % de la población presenta alguna manifestación de trastorno mental, cifra que se proyecta a incrementarse al 25 % en algún momento de sus vidas. En este contexto, el internamiento involuntario debido a trastornos mentales se perfila como un proceso crítico donde los derechos fundamentales y las garantías constitucionales afrontan un riesgo sustancial.

El presente estudio propone efectuar un análisis de las salvaguardas legales que rigen el internamiento involuntario, incidiendo en la incipiente construcción jurisprudencial del Tribunal Constitucional español y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) como encomiables referentes reguladores. El marco normativo actual adolece de falta de sistematización, lo cual confiere un papel esencial al Tribunal Constitucional español en la delimitación de elementos que aseguren la legalidad y equidad de este procedimiento de naturaleza compleja. En un contexto de derecho comparado, el TEDH desempeña una función primordial, estableciendo pautas comunes en el ámbito europeo.

Palabras clave: salud mental, trastorno mental, derecho a la libertad, internamiento involuntario, Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

ABSTRACT: Mental health has emerged as one of the most prominent challenges in 21st century society. According to the World Health Organization (WHO), 9 percent of the population presents some manifestation of mental disorder, a figure that is projected to increase to 25 percent at some point in their lives. In this context, involuntary commitment due to mental disorders emerges as a critical process where fundamental rights and constitutional guarantees face a substantial risk.

This study aims to carry out an exhaustive analysis of the legal safeguards that govern involuntary internment, focusing on the incipient jurisprudential construction of the Spanish Constitutional Court and the European Court of Human Rights (ECHR) as commendable regulatory references. The lack of a defined regulatory framework prevails, which confers an essential role on the Spanish Constitutional Court in the delimitation of elements that ensure the legality and fairness of this procedure of a complex nature. In a context of comparative law, the ECtHR plays a key role, establishing common guidelines at the European level.

Keywords: mental health, mental disorder, right to liberty, involuntary commitment, European Court of Human Rights.

SUMARIO: I. *Introducción. La salud mental como factor determinante de la sociedad moderna.* II. *El internamiento por trastorno mental.* III. *Garantías constitucionales y legales del internamiento involuntario.* IV. *Garantías judiciales del internamiento involuntario a través de la jurisprudencia del TEDH.* V. *Conclusiones.* VI. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN. LA SALUD MENTAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SOCIEDAD MODERNA

El término “salud mental” se basa todavía en una distinción inicialmente dicotómica entre lo mental y lo no mental, la cual está ampliamente superada por la ciencia. Actualmente, se entiende al ser humano de manera holística, considerando que lo no mental ya no se limita únicamente a lo físico, sino que también abarca lo social (Portero, 2012, p. 103).

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2019).

En las últimas décadas se ha observado un notable incremento en la prevalencia de afecciones mentales. En particular, la pandemia de la COVID-19 ha agravado significativamente esta coyuntura, situando los trastornos mentales en niveles sin precedentes. Durante el primer año de la pandemia se evidenció un notable aumento del 25 % en la incidencia de trastornos mentales comunes, tales como la depresión y la ansiedad (OMS, 2022, p. 3).

A escala mundial, se identifica una escasa inversión en salud mental, destinando menos del 2 % del presupuesto de atención médica para esta área. En los países menos desarrollados, más del 70 % de los recursos asignados a salud mental se concentran en hospitales psiquiátricos. La disponibilidad

limitada de profesionales y fármacos accesibles genera restricciones en el acceso al tratamiento, privando a la mayoría de la atención requerida. Asimismo, la calidad del servicio prestado constituye un desafío generalizado en la cobertura de servicios de salud mental (OMS, 2022, p. 4).

A nivel asistencial, todavía persiste una visión obsoleta de la enfermedad mental basada en el modelo médico tradicional y paternalista, que debe ser redirigida hacia un modelo social. Este modelo reconoce que la enfermedad mental no reside en la persona, sino en el entorno que le impide desarrollar su potencial. Es crucial reemplazar los procedimientos basados en la identificación de la incapacidad y la suplantación de la voluntad de la persona, por sistemas que potencien la autonomía y proporcionen apoyos flexibles y adecuados para cada individuo, cada decisión concreta y cada momento (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012, p. 7).

Históricamente, la psicopatología y el individuo con trastorno mental han sido objeto de una gestión compleja y enfrentamiento al rechazo social y estigmatización. Sin embargo, esto ha cambiado progresivamente debido a varios factores. Por un lado, ha habido una transformación conceptual de la patología mental y un cambio en su enfoque terapéutico. Además, se han establecido Centros o Unidades de Salud Mental en el sistema sanitario, reemplazando los asilos psiquiátricos, permitiendo tratamientos ambulatorios en áreas psicoterapéuticas, farmacológicas y sociales. Por otro lado, se ha fomentado la formación de equipos multidisciplinarios con médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. Todo esto ha sido posible gracias a un marco legal que reconoce los derechos fundamentales de las personas afectadas por enfermedades mentales (Ibáñez y Casado, 2018, p. 126).

No obstante, es frecuente que las enfermedades mentales generen desequilibrios que conllevan la aparición de desafíos complejos en el ámbito familiar y social, cuya gestión se torna ardua y difícil. Ante esta coyuntura, surgen cuestionamientos acerca de las medidas a adoptar, los procedimientos a seguir e incluso el lugar más apropiado para ubicar al paciente (Ibáñez y Casado, 2018, p. 126).

En el presente estudio, se plantea realizar un análisis exhaustivo del internamiento involuntario de las personas afectadas por trastorno mental, con enfoque en las garantías procesales y constitucionales establecidas tanto a nivel nacional en España como en el ámbito europeo. El objetivo es examinar detalladamente el marco normativo vigente, su aplicación en la práctica y su evolución a través de la jurisprudencia desarrollada por el Tribunal Constitucional español y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

II. EL INTERNAMIENTO POR TRASTORNO MENTAL

De acuerdo con la legislación vigente y en consideración al consentimiento del paciente, se identifican dos categorías de hospitalizaciones psiquiátricas: hospitalizaciones voluntarias o consensuadas, y hospitalizaciones involuntarias, no consensuadas o compulsivas. Las hospitalizaciones involuntarias deben ser consideradas como una medida extraordinaria, aplicada cuando el individuo es incapaz de otorgar un consentimiento válido debido a su condición médica.

Al margen de la categorización especificada, es posible identificar el denominado internamiento *avoluntario*, que puede ser entendido como un internamiento tácitamente consentido por la persona afectada. Esta modalidad se vincula con los internamientos en centros geriátricos. En efecto, se trata de una figura jurídicamente controvertida. Al respecto, este estudio acoge la tesis de Rodríguez Álvarez, según la cual el concepto de *avoluntariedad* es “un término creado *ad hoc* y que conforma una presunción de conformidad carente de sentido y poco garantista de los derechos de los ciudadanos” (Rodríguez Álvarez, 2012). En esta misma línea, De Verda y Beamonte argumenta que cuando se utiliza la categoría de *avoluntario*, “se olvida la circunstancia de que, si la persona mayor carece de capacidad para apreciar las consecuencias del acto, es imposible que lo consienta, ni de manera expresa, ni de manera tácita, además de que el ingreso en un establecimiento de carácter cerrado es una medida, de tal gravedad, que el responsable del centro ha de exigir el consentimiento expreso del anciano, si éste puede prestarlo y, en caso contrario, ha de recabar autorización judicial” (Verda, 2016, p. 19). En todo caso, admitir la existencia de internamientos *avoluntarios* implica el reconocimiento de un término jurídicamente conflictivo dada la dificultad técnica que existe en algunos casos para diferenciar la concurrencia o no de libertad (Barrios, 2004, p. 21). De este modo, estamos ante un internamiento no voluntario cuando no se existe voluntad expresa en contrario, sino que basta con que la persona no exprese voluntad alguna, ni a favor ni en contra del internamiento (Berenguer, 2014, p. 36).

1. *Concepto y clasificación*

A. *El internamiento voluntario o consentido*

Se refiere al internamiento no judicial, el cual se establece mediante un contrato directo entre el paciente y la institución médica, y ambas partes tienen la capacidad de rescindirlos sin más trámites. Este tipo de internamiento se lleva a cabo con el consentimiento libre del paciente, quien posee competencia mental y solicita ser admitido en un hospital psiquiátrico, o acepta y da su consentimiento a una propuesta de internamiento realizada por un psiquiatra (Cabrera, 1991, pp. 28-36).

La mayoría de los internamientos psiquiátricos se ajustan a esta categoría. En estos casos, la mera expresión de voluntad por parte del paciente que solicita el ingreso o manifiesta su conformidad equipara la situación a cualquier otro procedimiento terapéutico, lo que hace innecesaria la autorización judicial y la supervisión correspondiente (Gómez Papi, 1990, pp. 265-275).

Sin embargo, si durante el internamiento voluntario el paciente experimenta un deterioro que afecta la validez de su consentimiento y solicita su alta voluntaria, el médico a cargo, si considera que la falta de tratamiento podría resultar gravemente perjudicial para su salud, debe transformarlo en un internamiento involuntario. Para ello, debe comunicarlo al juez y seguir los procedimientos indicados posteriormente para llevar a cabo el internamiento involuntario en el ámbito civil (Gracia, 2000, pp. 636-639; Vega, Bañón y Fajardo, 2010, p. 178).

B. *El internamiento involuntario o no consentido*

Se trata de aquella situación en la que el paciente carece de capacidad para otorgar un consentimiento válido, y el internamiento se lleva a cabo mediante la decisión de terceras personas distintas al paciente. Como indica Sánchez Barrilao (2013), se trata de:

de un internamiento de una persona motivado por padecer un trastorno psíquico-mental, y consecuentemente, a fin de responder a su tratamiento; y a la par, respecto de alguien que no se encuentra en condiciones volitivas y cognitivas

suficientes como para consentir oportuna y adecuadamente su internamiento (pp. 203-204).

Este tipo de internamiento se fundamenta en criterios terapéuticos y se justifica cuando la desestabilización del paciente genera una situación de peligro evidente, tanto para sí mismo como para los demás.

A su vez, podemos subdividir esta modalidad en internamiento urgente e internamiento ordinario (Vega, Bañón y Fajardo, 2010, p. 178). En el internamiento civil ordinario, las condiciones del paciente recomiendan su internamiento, si bien, el procedimiento garantista legalmente previsto permite que la autorización judicial requerida pueda realizarse con carácter previo al internamiento.

Desde esta perspectiva, el juez tiene la responsabilidad de examinar el cumplimiento de las condiciones legalmente requeridas en relación con el internamiento involuntario, el cual implica una restricción inicial del derecho fundamental a la libertad.¹ Desde esta consideración, el juez debe verificar la adecuación de la medida restrictiva, es decir, evaluar si el internamiento es capaz de lograr el objetivo propuesto para el mismo (la autorización judicial será tratada con posterioridad). Asimismo, se debe examinar la necesidad de la medida, es decir, si no existe otra alternativa menos restrictiva que pueda lograr el mismo propósito de manera igualmente efectiva, como, por ejemplo, un tratamiento ambulatorio también involuntario. Además, se debe evaluar la proporcionalidad estricta de la medida, teniendo en cuenta el equilibrio o ponderación de la intervención en el derecho fundamental, considerando si los beneficios o ventajas para el individuo afectado (y el interés general) derivados de la medida superan los perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto (Sánchez Barrilao, 2013, pp. 204-205).

Por su parte, en el internamiento civil urgente es el facultativo quien decide, en primera instancia, proceder al ingreso. Al director del centro donde se produzca el internamiento le corresponde la obligación de comunicarlo en el plazo de 24 horas al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 72 horas siguientes.

¹ Véase la STC 207/1996, de 16 de diciembre, sobre la proporcionalidad del internamiento involuntario.

2. Marco regulador y protección constitucional en España

En España, el marco normativo-constitucional que regula el internamiento involuntario y urgente por trastorno mental se basa en el derecho fundamental a la libertad personal (Constitución Española [CE], art. 17.1), junto con las garantías establecidas para limitar dicho derecho. Esto implica que el derecho a la libertad personal no solo se aplica a intervenciones públicas de naturaleza punitiva, sino a cualquier restricción de la libertad física (Sánchez Barrilao, 2013, p. 184). Según reiterada doctrina de este Tribunal Constitucional (SSTC 126/1987, 22/1988, 112/1988 y 61/1990), la libertad personal protegida por este precepto es la “libertad física”, la libertad frente a la detención, condena o internamientos arbitrarios, sin que pueda cobijarse en el mismo una libertad general de actuación o una libertad general de autodeterminación individual (Pomed, 2006, p. 165).

El artículo 17.1 de la CE establece que “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad [...] nadie puede 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”. Básicamente, este principio replica el artículo 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) en términos generales.

En la Unión Europea, ningún Estado miembro contempla en su Constitución el internamiento por razones médicas, como es común en el ámbito del derecho comparado, excepto en el caso de Italia (Constitución de la República Italiana [CPI], art. 32.2). No obstante, esta mención resulta superflua, ya que el artículo 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) considera lícita la privación de libertad “conforme a la ley [...] de una persona con trastornos mentales”.

Adicionalmente, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, reconocido como una fuente interpretativa legítima, sostiene que el artículo 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 16 de diciembre de 1966 es “aplicable a todas las formas de privación de libertad, incluyendo, por ejemplo, los casos de trastornos mentales”. La relevancia de estos marcos internacionales de referencia es destacada por la sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, del 2 de julio de 2012 (Barrios, 2012, p. 831).

En este contexto, se encuentra el derecho fundamental a la “integridad física y moral” de toda persona y la prohibición de tratos inhumanos o degra-

dantes (CE, art. 15). Asimismo, como principios rectores de la política social y económica, se encuentran el derecho a la salud (CE, art. 43.1) y la responsabilidad de los poderes públicos de implementar políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad mental, brindándoles la atención especializada que requieran (CE, art. 49).

Además, desde una perspectiva sustantiva del régimen constitucional relacionado con el internamiento de personas con trastornos mentales, también se debe tener en cuenta el reconocimiento de la dignidad de la persona y el “libre desarrollo de la personalidad” (CE, art. 10.1) como fundamentos de los derechos fundamentales, así como el reconocimiento de contenidos específicos en favor de la persona frente a terceros (Sánchez Barriola, 2013, p. 185).

Al margen del marco constitucional, el artículo 5.1 CEDH remite a la legislación nacional la determinación de los supuestos de privación de libertad y el procedimiento a seguir (Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos [STEDH], 11/05/2004), si bien, conviene especificar que, en el análisis de la legalidad de la privación de libertad, el TEDH considerará tanto el ordenamiento interno como el propio contenido del CEDH (STEDH, 12/02/2008). En España, el marco jurídico regulador se establece en la Ley 1/2000, del 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), artículo 763, sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Dentro del ámbito de dicha ley, queda derogado el artículo 760.1² que también señalaba las posibles disposiciones de una sentencia de incapacitación, lo cual ampara legalmente la reclusión de una persona con trastorno mental y falta de capacidad.

Por el contrario, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), se ha posicionado en reiterada doctrina en contra de cualquier internamiento involuntario. En lo referente a España, son numerosos los informes periódicos donde el Comité ha mostrado preocupación por la regulación del internamiento involuntario prevista en la Ley de Enjuiciamiento Civil.³

² Se modifica, con efectos desde el 3 de septiembre de 2021, por el art. 4.17 de la Ley 8/2021, de 2 de junio. Ref. BOE-A-2021-9233.

³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019: “El Comité observa con preocupación: (a) Que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y Ley Orgánica siga

Ciertamente, al Comité le inquieta el hecho de que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil permita el uso de medidas de contención físicas, mecánicas y químicas contra las personas con discapacidad psicosocial; estas medidas incluyen, entre otras, la medicación forzosa, sobremedicación, terapia electroconvulsiva y otros tratamientos e internamientos sin contar con el consentimiento libre y con conocimiento de causa.

En virtud del artículo 43 de la Constitución, se encuentra vigente la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (LGS), cuyo artículo 20 analiza la temática de la salud mental. Dicha ley establece, entre otros principios, la completa integración de las acciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación total de las personas con enfermedades mentales a las demás. Destacan principios como el fortalecimiento de los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención domiciliaria (Ley General de Sanidad [LGS], art. 20.1), así como la hospitalización en unidades psiquiátricas de los hospitales generales (LGS, art. 20.2).

En lo que respecta a la autodeterminación de las personas en materia de salud, contemplada en el artículo 10.1 CE, se encuentra 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 (LAP). Esta dispone la exigencia previa del consentimiento libre e informado de todo paciente, y sobresalen los artículos 2o., que alberga los principios fundamentales; 4o., 5o. y 6o., relativos al derecho de información sanitaria; 8o., sobre el consentimiento informado; 9o., acerca de los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, haciendo especial hincapié en sus párrafos segundo (letra b) y quinto, en relación con la realización por parte del personal médico de intervenciones clínicas esenciales para preservar la salud del paciente sin requerir su consentimiento en situaciones de riesgo inmediato y grave para su integridad física o mental, así como en los principios y garantías que rigen el consentimiento por representación; y 10, referente a las condiciones de la información y la formalización del consentimiento por escrito. Estos artículos serán expuestos con posterioridad.

permitiendo que las personas con discapacidades psicosociales o intelectuales sean sometidas al internamiento involuntario en instituciones en las que se les puede privar de su libertad y pueden ser sometidas a tratamientos médicos forzados y medidas mecánicas de contención”;

Por último, se encuentra la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que, en el artículo 4.2.g, reconoce el derecho de dichas personas a “decidir libremente sobre su ingreso en centro residencial” (Moretón, 2010, p. 486). Sin embargo, a continuación, se hace alusión al “ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en casos de internamientos involuntarios, garantizándose un procedimiento contradictorio” (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de dependencia [LPAPAS], art. 4.2.h). Aunque la ley contempla la situación de internamiento involuntario, no lo especifica de manera explícita, lo que implica una remisión analógica al internamiento involuntario por trastorno mental, tal como ha señalado la doctrina de forma crítica (Sánchez Barrilao, 2002, pp. 233-234).

3. La naturaleza jurídica del internamiento involuntario

Nos situamos ante un marco normativo regulador disperso y poco exhaustivo. Al respecto, el autor Sánchez Barrilao (2013, p. 198) realiza una interesante disquisición sobre la naturaleza jurídica del internamiento del enfermo mental. De este modo, una cuestión pendiente en relación con el marco legal previamente expuesto sobre el internamiento involuntario de personas con trastornos mentales es la esencia misma del internamiento en relación con el trastorno y su tratamiento, y su conexión con los derechos fundamentales afectados, así como la intervención judicial necesaria para autorizarlo. En este sentido, dado que el internamiento se clasifica genéricamente como una “medida cautelar civil” según la sentencia 141/2012, FJ núm. 4, *ab initio* (esta sentencia será analizada con posterioridad), es importante considerar si el internamiento se entiende como parte o requisito del tratamiento médico necesario.

Si consideramos que el internamiento forma parte o es un requisito del tratamiento médico a realizar, el eje normativo principal en torno al cual se basaría el internamiento sería el derecho a la integridad física y moral (CE, art. 15) (Rodríguez López, 2006, p. 189), en conjunto con el respeto a la dignidad y la personalidad (CE, art. 10.1), y su correlato en relación con el consentimiento informado para el tratamiento médico (Ley Autonomía del Paciente [LAP], art. 8). Por lo tanto, un internamiento que forme parte o sea requisito de un tratamiento para una psicopatía se considera-

ría una medida terapéutica, y en consecuencia requeriría el consentimiento del paciente. En caso de que el paciente no pueda otorgar un consentimiento adecuado, se procedería a su sustitución de acuerdo con lo establecido generalmente (LAP, art. 9).

Sin embargo, cuando un internamiento de este tipo no es efectivo ni consentido personalmente, debe considerarse como no voluntario, lo que implica una limitación de la libertad personal (CE, art. 17). Por lo tanto, la articulación jurídica del internamiento se fundamenta en dos ejes constitucionales: la integridad física y moral, junto con la libertad personal (Sánchez Barrilao, 2013, p. 198).

Por otro lado, la situación difiere cuando el internamiento involuntario de una persona con un trastorno mental no tiene exclusivamente un propósito terapéutico, ya que el tratamiento de la psicopatología puede llevarse a cabo fuera o aparte del internamiento en forma ambulatoria e incluso involuntaria (Gómez-Escolar, 2007; Rodríguez Sáez, 2011; González, 2006). Sin embargo, en este caso, existe la posibilidad de recurrir al internamiento involuntario, no basado estrictamente en el tratamiento de la psicopatología, pero sí para prevenir ciertas consecuencias adversas del trastorno mental en cuestión, que podrían representar un riesgo para la integridad o vida del individuo afectado o de terceros (Sánchez Barrilao, 2013, p. 199).

En esta situación, el eje normativo central en el régimen jurídico del internamiento involuntario sería principalmente la libertad personal. Este tipo de internamiento se asemeja más a una medida de inocuidad, por un lado, que busca prevenir ciertos riesgos adversos al desactivar al sujeto y reducir su capacidad o potencial de causar daños a sí mismo o a terceros. Por otro lado, también puede ser considerado como una medida asistencial, en función del estado pasivo en el que puede encontrarse una persona con trastorno mental, lo cual le impide valerse adecuadamente por sí misma, generando un riesgo para su propia seguridad (Sánchez Barrilao, 2013, p. 199).

III. GARANTÍAS CONSTITUCIONALES Y LEGALES DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

1. *El internamiento involuntario en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español*

Para el estudio de las garantías legales y constitucionales del internamiento involuntario del enfermo mental, considero pertinente iniciar el análisis a través de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español que, partiendo de un marco normativo regulador poco exhaustivo, ha sido el responsable (junto con el TEDH) de establecer, de un modo más preciso y profuso, los requisitos legales y garantías constitucionales de este complejo proceso. Conviene destacar que, aunque este estudio confronta dialógicamente la posición del TC español y el TEDH en relación con el internamiento involuntario, a pesar de la profusa jurisprudencia del TEDH en esta materia, ninguna de sus sentencias se refiere a España (Niveau, Jantzi y Godet, 2021, p. 3).

En España, el Tribunal Constitucional ha adoptado las garantías constitucionales del internamiento involuntario urgente a través, esencialmente, de cuatro sentencias:

- La sentencia 141/2012, del 2 de julio, del Tribunal Constitucional. La relevancia de la sentencia radica en su detallada especificación de los requisitos que deben cumplirse en los casos de internamiento urgente, los cuales generan las garantías proporcionadas por nuestro sistema legal a las personas sometidas a dicho procedimiento. Por consiguiente, la STC ofrece un conjunto de principios fundamentales tanto para los profesionales de la psiquiatría como para los jueces y magistrados. Estos principios, al ser comparados con los autos objeto de recurso, se acompañan de un ejemplo específico de todo lo que se debe evitar en tales circunstancias (Bercovitz, 2012, pp. 1 y ss.).
- La sentencia 13/2016, del 1 de febrero, del Tribunal Constitucional. El recurso de amparo presentado se centra en la falta de cumplimiento de dos requisitos y garantías del internamiento urgente: la violación del plazo de 24 horas que debe cumplir el facultativo para notificar al juez el internamiento de un paciente y la ausencia de un informe médico que justifique la medida. La STC alega la vulneración de los artículos 17 (libertad personal) y 24 (tutela judicial efectiva) de la Constitución

Española. El Tribunal Constitucional considera que las violaciones procedimentales establecidas en el artículo 763 LEC se enmarcan dentro de la lesión al artículo 17 CE, en lugar del artículo 24 CE (FJ 3º).

El TC determina que se produjo un incumplimiento en el procedimiento de comunicación al juzgado por dos razones. En primer lugar, se superó el plazo máximo de 24 horas. Este plazo no es fijo, sino que establece un límite máximo que comienza a contar desde el momento en que la persona afectada es ingresada contra su voluntad dentro de las instalaciones. En segundo lugar, la comunicación no fue realizada por la persona responsable designada para hacerlo. Es responsabilidad del responsable del centro donde se realiza el internamiento comunicar dicho ingreso y proporcionar los motivos que lo justifiquen. La delegación de esta función no tiene validez en términos de protección del derecho a la libertad. Aunque el traslado al centro pueda ser realizado por otras personas, como agentes de policía, personal de ambulancias, trabajadores sociales, familiares, amigos o conocidos, la responsabilidad de comunicar el ingreso recae siempre en el responsable del centro (FJ 3º) (Navarro, 2019, pp. 241-242).

- La sentencia 34/2016, del 29 de febrero, del Tribunal Constitucional. El Tribunal Constitucional enfoca el debate en dos aspectos. El primero se refiere a la posibilidad de regularizar los internamientos involuntarios de personas con trastornos psíquicos que ya se han materializado desde hace algún tiempo. El TC concluye que

no es posible hablar de la “regularización” de un internamiento involuntario que se prolonga durante días, semanas o meses sin autorización judicial, ya sea en un hospital, centro de atención sociosanitaria o residencia geriátrica [...]. No se puede “regularizar” lo que no es simplemente una corrección de formalidades administrativas, sino una violación directa de un derecho fundamental (CE, art. 17.1) (FJ 5º).

La segunda cuestión se centra en el procedimiento adecuado para obtener la autorización judicial que permita internar a una persona con una enfermedad mental degenerativa que ha estado recluida durante un tiempo prolongado en un centro de atención. El Tribunal Constitucional sostiene que

dicha sintomatología no implica necesariamente un nuevo padecimiento (“sobreenvenido”), sino más bien la constatación de la persistencia o irreversibilidad

del mal que ya existía. En definitiva, no se puede considerar urgente la autorización del internamiento solo porque se haya prolongado durante meses sin control judicial y se pretenda evitar que esta situación continúe. No se trata de validar un internamiento ilícito. (FJ 6º)

- La sentencia 132/2016, del 29 de febrero, del Tribunal Constitucional. El debate es esencialmente similar al planteado en la sentencia anterior (STC 34/2016, del 29 de febrero). En esta ocasión, el Tribunal Constitucional reitera que los tribunales han infringido el derecho fundamental a la libertad personal de la persona ingresada al no pronunciarse sobre su situación personal. La protección de sus derechos requiere impulsar la presentación de una demanda de modificación de la capacidad, estableciendo el internamiento como medida cautelar.

2. Los requisitos legales del internamiento involuntario

Una vez identificado qué es el internamiento involuntario, conviene establecer qué pacientes pueden ser internados, qué personas están autorizadas para solicitar el internamiento, a quién compete decidir sobre el internamiento y cómo se ejerce el control del mismo.

La Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) no concreta de forma explícita quiénes están habilitados para solicitar el internamiento, por lo que en la práctica se suele mantener un criterio amplio. Sin embargo, un sector de la doctrina legal aborda esta cuestión desde una perspectiva más restrictiva. Se fundamenta en una analogía con el proceso de incapacitación y declaración de prodigalidad, contemplado en el artículo 757, como indica Arias García (2016, p. 17): “el párrafo tercero in fine de la regla 1 del artículo 763 LEC que nos remite expresamente a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de dicho texto legal, aunque la redacción de tal parte del precepto no sea nada clara, nos lleva a tal interpretación que dicho artículo se incardina dentro del capítulo correspondiente a los procesos sobre capacidad de las personas, criterio seguido por la Circular de la Fiscalía General del Estado de 8 de junio de 1984”, donde se especifica claramente quiénes tienen la capacidad activa para iniciar dicho procedimiento: “el cónyuge no separado de hecho o legalmente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, su descendiente, ascendiente o hermano” (Ley Enjuiciamiento Civil [LEC], art. 757.1) o el Ministerio Fiscal (LEC, art. 757.2) (Espejel, 2004, p. 47).

A pesar de las diferentes reformas del artículo 757 de la LEC, la legitimación activa sigue siendo la misma, apreciándose un cambio meramente terminológico (incapacitación por medidas de apoyo), así como la supresión de la referencia a la prodigalidad (Prados, 2023, p. 164).

El internamiento involuntario ordinario debe ser autorizado por el juez del lugar donde resida el enfermo (LEC, art. 763.1). La decisión deberá ser admitida por el responsable del centro donde se hubiere producido el internamiento. (LEC, art. 763.1) (Blázquez, 2005, p. 243).

Formalizado el internamiento es indispensable realizar un seguimiento continuo del mismo. El juez tiene la facultad de revisar en cualquier momento, cuando lo considere pertinente, la situación del paciente internado y solicitar informes médicos. Sin embargo, está obligado a realizar esta revisión al menos cada seis meses, independientemente de las circunstancias (Vega, Bañón y Fajardo, 2010, p. 178). En efecto,

en la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento (LEC, art. 763.4).

Finalmente, la emisión del alta quedará exclusivamente a criterio del facultativo que, sin embargo, debe notificar la decisión al tribunal competente. Adicionalmente, la LEC, en su artículo 763.3, prevé la posibilidad de interponer recurso de apelación frente a la decisión judicial de internamiento o contra la inobservancia de las normas esenciales del procedimiento como resultado de indefensión.⁴

⁴ Al respecto, la Sentencia 50/2016, de 14 de marzo, del Tribunal Constitucional. En este asunto se trata un ingreso involuntario donde la magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 15 de Las Palmas de Gran Canaria examina personalmente a la interna y escucha el dictamen del perito. En el mismo día se da traslado al fiscal del escrito del hospital y de las dos pruebas periciales. Así mismo, se requiere a los Colegios de Abogados y de Procuradores de Las Palmas que efectúen de forma inmediata la designación de profesionales. La

La determinación que pone fin a este procedimiento es el alta del paciente, ejecutada por el profesional médico. Esta resolución no será susceptible de impugnación debido a su origen no judicial, y las partes interesadas en el mantenimiento de la hospitalización deberán limitarse a presentar una solicitud de autorización ante el juez competente para llevar a cabo un nuevo internamiento. En esta solicitud, deberán exponer la conveniencia de adoptar esta medida de protección, a pesar de la presunta persistencia del trastorno psíquico, en vista de la nueva circunstancia descrita.

Por último, a pesar de que la Ley de Enjuiciamiento Civil no establece disposiciones específicas, es pertinente destacar que se puede presentar un recurso de casación ante el Tribunal Supremo en contra de las sentencias emitidas en segunda instancia en los procedimientos relacionados con el internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico de las personas. Esto es especialmente relevante dado que estos procedimientos se centran principalmente en el derecho fundamental a la libertad de las personas (S. Calaza, 2007, pp. 224-225).⁵

A. El trastorno mental

Se configura como presupuesto objetivo de la medida la existencia en la persona de un trastorno psíquico. En efecto, indica el Tribunal Constitucional que

al significado de lo que ha de entenderse por trastorno psíquico, transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales, remite a los conocimientos propios de la ciencia médica; sin que en ningún caso puedan

magistrada-juez toma la decisión de ratificar el internamiento sin esperar al informe del fiscal ni el nombramiento de abogado y procurador. Frente a esta decisión, la fiscal actuante en el procedimiento presentó un recurso de apelación por infracción del artículo 763.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de los artículos 17.1 y 24.2 de la Constitución español. El TC concluyó que “la premura con la que la magistrada-jueza ratificó el internamiento, cuando todavía no habían pasado las 72 horas previstas por la LEC, vulneró el derecho a la asistencia jurídica [...]. Señala el Tribunal Constitucional que, ante la falta de respuesta por parte del Colegio de Abogados, podía el tribunal *a quo* haber nombrado a la fiscal defensora de la paciente. Sin embargo, no lo hizo e impidió la asistencia jurídica de la afectada” (FJ 5°).

⁵ El TEDH, en el caso HL contra Reino Unido, detecta la vulneración del CEDH ante la falta de procedimientos que permitan a un paciente internado apelar la privación de su libertad. En esta misma línea, también el Caso X contra Finlandia o el Caso Varbanov contra Bulgaria.

considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad (FJ 4º).

Estas conclusiones tienen su origen en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental de 17 de diciembre de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas (en adelante, Principios EM) (Resolución 46/119, 17/12/1991), principio 4.1 y 4.2:

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

En el internamiento involuntario urgente, las partes involucradas en la decisión alternan de tal modo que, en primera instancia, será el facultativo el que decida sobre el internamiento. Sobre esto, los Principios EM establecen que

una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario [...] cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.⁶

⁶ El mismo principio, continúa indicando que: “En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental,

Sin embargo, es importante hacer una distinción entre los diferentes profesionales involucrados en este proceso. En primer lugar, existe el profesional externo a la institución hospitalaria que recomienda o sugiere el ingreso, como el médico de atención primaria, el especialista en psiquiatría, el trabajador social, el psicólogo o incluso la policía. En segundo lugar, está el responsable del Centro, ya sea el director gerente o quien actúe en su representación, quien tiene la obligación de comunicar oficialmente al órgano judicial correspondiente. En tercer lugar, se encuentra el facultativo encargado de llevar a cabo el ingreso, lo cual sería preferentemente un especialista en psiquiatría, dado que se requiere evaluar no sólo el estado psíquico, sino también el físico, por ejemplo, para descartar la presencia de trastornos derivados de un traumatismo. Por último, se encuentra el profesional responsable de emitir el dictamen facultativo (Barrios, 2012, p. 831).

Los criterios de ingreso son:

- a) La gravedad del trastorno mental. La enfermedad debe revestir “un carácter o amplitud que legitime el internamiento” (STC 141/2012, FJ 3º) (Barrios, 2012, p. 831).⁷
- b) La pérdida de autonomía. Se permite el internamiento de personas que presenten una enfermedad o deficiencia de naturaleza psíquica que afecte su capacidad para decidir por sí mismas. Esta disposición se aplica tanto a personas mayores de 16 años (considerados adultos para efectos de autonomía como pacientes), como a menores de edad e incapaces (Barrios, 2003, p. 141). En el caso de los menores, no es suficiente el consentimiento de los padres, y en el caso de los incapaces, no es suficiente el consentimiento del tutor legal. En ambos casos, se requerirá la autorización previa o la posterior ratificación por parte de la autoridad judicial (Ley Orgánica, 15/01/1996, art. 26.3) (Espejel, 2004, p. 47).

En el internamiento ordinario de los menores de edad, se debe asegurar que ingresen en un establecimiento de salud mental apropiado para su edad, previa evaluación de los servicios de asistencia al menor.

independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello”.

⁷ Además, Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Caso Herz contra Alemania, 12/06/2003, párr. 47; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Caso Winterwerp contra Países Bajos, 24/10/1979, párr. 37; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Caso Ashingdane contra Reino Unido, 12/10/1983, párr. 37.

Los menores no permanecerán en el centro más tiempo del estrictamente necesario para atender a sus necesidades específicas. Finalmente, el cese será acordado por el órgano judicial que esté conociendo del ingreso (LO, 15/01/1996, art. 26.5).

- c) Riesgo tanto para el paciente como para terceros. Se hace referencia a un “riesgo grave e inmediato o inminente de daño para la persona en cuestión o para terceros” (Principio 16.1.a) Principios EM). Por el contrario, el artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDHB) sólo contempla intervenciones involuntarias en situaciones de riesgo para la persona misma y no para terceros.

En España, también en Italia, como excepción dentro del marco legislativo europeo, no se contempla este requisito. En ambos países, la presencia de un trastorno mental grave y la necesidad de tratamiento son los factores que justifican el internamiento involuntario. Aunque en el sistema legal español no existe una referencia explícita al factor de “riesgo” (tanto para el paciente como para terceros), de facto, este criterio subyace en un número significativo de casos de ingresos involuntarios, y de una u otra manera ha sido abordado por la doctrina con diferentes enunciados (Barrios, 2012, p. 833).⁸

B. Situación de urgencia

El legislador permite “excepcionalmente y por «razones de urgencia que hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida», que el responsable de un centro médico pueda ordenar el internamiento de una persona por razón de trastorno psíquico, con la obligación de comunicarlo al órgano judicial competente” (STC 141/2012, FJ 4º). De este modo, la urgencia de la situación justifica la aplicación de procedimientos clínicos, incluso en ausencia del consentimiento del sujeto involucrado (CDHB, art. 8; LAP, art. 9.2.b).

⁸ En Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Alemania, Estonia, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Malta y Holanda se requiere para el ingreso involuntario que concurra un grave problema mental y un significativo riesgo para sí o para terceros, no requiriéndose de forma explícita la necesidad de tratamiento; en Dinamarca, Grecia, Finlandia, Francia, Irlanda, Letonia, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido se precisan dos criterios de ingreso, el riesgo de daño y la necesidad de tratamiento.

La emergencia genera una exención parcial o reducción de los protocolos establecidos, siempre y cuando se mantengan las salvaguardias esenciales.

La aprehensión de la existencia de una situación de urgencia puede emerger de individuos externos al ámbito médico, sin embargo, es tarea de los profesionales de la salud discernir si la condición del paciente justifica su ingreso. La presencia de una urgencia sanitaria se verifica cuando existe un peligro tanto para la integridad propia como para la de otros, lo cual legitima la intervención en aras del beneficio del paciente y la preservación de su bienestar (Barrios, 2012, p. 835).

C. Necesidad y proporcionalidad de la medida

Se indica en la STC 141/2012 que estará “justificada la ratificación si en el momento de ser examinado por el juez y por el facultativo el internado presenta un estado que haga aconsejable y necesario su internamiento”.

El principio de necesidad se refiere a la prescripción terapéutica, donde dicha necesidad se basa en las circunstancias particulares del individuo. Desde una perspectiva objetiva, el propósito del ingreso debe ser exclusivamente sanitario, con el objetivo de buscar una finalidad terapéutica.

Siguiendo las conclusiones de Barrios Flores (2012), el principio de proporcionalidad tiene las siguientes dimensiones:

- El tratamiento médico debe ser proporcionado y justificado en relación con los recursos disponibles, su eficacia y la finalidad sanitaria buscada. Se debe evaluar cuidadosamente la gravedad del riesgo y el valor jurídico de la libertad que se restringe.

Este tipo de internamientos forzosos conllevan habitualmente, de forma conjunta, la autorización para realizar los tratamientos pertinentes. De hecho, lo habitual es que se tramiten como autorizaciones de internamiento involuntario para poder llevar a cabo el tratamiento médico (Gutiérrez, Valle, Díaz y Gallego, 2021, p. 242).

En este sentido, el TEDH ha destacado la importancia del consentimiento de los pacientes, considerando que la imposición de un tratamiento médico sin ese consentimiento, si el paciente es adulto, supone un ataque a la integridad física del interesado que puede poner en cuestión los derechos protegidos

por el artículo 8.1 de la CEDH (Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos [STEDH], 29/04/2002, párr. 63).⁹ Para el TC español

el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. (Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional, FJ 5º)

Ciertamente, en España, como destaca el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley de Enjuiciamiento Civil y la Ley de Autonomía del Paciente permiten que las personas con discapacidades psicosociales o intelectuales sean sometidas a tratamientos médicos forzados y medidas mecánicas de contención mediante autorización judicial.

- Se debe buscar la restricción mínima necesaria, con el objetivo de brindar la máxima atención posible con la menor limitación de los derechos del paciente. La mayoría de los países de la Unión Europea incluyen este requisito, aunque no está presente en Bulgaria, Chipre, República Checa, Grecia, Irlanda, Letonia, Eslovaquia y España.
- El internamiento involuntario no puede ser indefinido y debe ser revisado periódicamente.

3. La autorización judicial

Como requisitos generales para los internamientos involuntarios, se establece que el juez, previo a la adopción o confirmación de la medida de internamiento que ya ha sido llevada a cabo, debe realizar una evaluación personal de la persona afectada por dicha medida. Además, el juez debe solicitar

⁹ También, STEDH, Caso Storck contra. Alemania, 2005 y Caso V.C. contra Eslovaquia, 2011.

un informe del Ministerio Fiscal y escuchar la opinión de un profesional designado por él mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 763.3 de la LEC (Vega, Bañón y Fajardo, 2010, p. 179).

En este contexto, es necesario considerar cómo la Ley de Enjuiciamiento Civil establece el procedimiento de intervención judicial ordinaria en relación con los internamientos por trastornos psíquicos, que se presenta como un caso de autorización (LEC, art. 763.1). En este sentido, dicha intervención implica que un juez verifique el cumplimiento de ciertas condiciones legalmente exigibles en relación con una acción específica, como lo es el internamiento involuntario, el cual inicialmente limita un derecho y, por lo tanto, plantea un riesgo potencial en cuanto a los derechos fundamentales (Sánchez Barrilao, 2012, p. 201).

En cuanto a la ratificación judicial del internamiento urgente (o autorización diferida), también debe entenderse en el mismo sentido previamente mencionado. A pesar de que esta ratificación se lleva a cabo una vez que la medida ha sido adoptada de manera facultativa, no se plantea como un recurso contra dicha medida, sino como un instrumento adicional de control cautelar e inmediato del cumplimiento de las condiciones que legitiman el internamiento involuntario por trastorno psíquico decidido directamente por un profesional médico debido a su urgencia (Sánchez Barrilao, 2012, p. 202).

El examen de la persona por el tribunal no puede ser equiparable a un interrogatorio, sino más bien a una inspección o reconocimiento del enfermo, constatando el estado psíquico del paciente dejando constancia en acta (Gómez Papi, 1990; Barrios, 2003). El examen se puede realizar en el juzgado, domicilio del paciente o, directamente, en el hospital.

En todo caso, es indudablemente un procedimiento garantista, por cuanto se deben tomar en cuenta una serie de elementos procedimentales. Estos incluyen la audiencia a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya presencia sea considerada necesaria o solicitada por el afectado. Asimismo, se llevará a cabo cualquier prueba que el juez considere relevante para el caso en cuestión. El juez también realizará un examen directo de la persona sujeta a internamiento, con el fin de obtener una comprensión directa de su situación. Además, se solicitará un dictamen de un profesional médico designado por el juez. Dicho dictamen debe considerar diversos aspectos, tales como el trastorno mental que motiva el internamiento, la incapacidad de hecho del sujeto para consentir de manera libre y voluntaria al internamiento, así como el propio internamiento y otras medi-

das terapéuticas propuestas para el individuo. Es fundamental asegurar que la persona afectada por la medida de internamiento tenga representación legal y defensa en todas las etapas del proceso. Además, se le debe otorgar la posibilidad de solicitar pruebas o testimonios en relación con su caso específico.

Durante el examen judicial pueden comparecer todas aquellas personas que el juez o el enfermo consideren oportunos y necesarios para la causa y, en todo caso, se oír al Ministerio Fiscal a través de un informe preceptivo sobre la necesidad del internamiento. No obstante, el mencionado informe no es vinculante. Asimismo, el tribunal podrá practicar cualquier otra prueba que considere relevante. Durante el proceso, el enfermo podrá disponer de representación y defensa.

En relación con la resolución judicial, debe estar debidamente fundamentada. En primer lugar, en lo que tiene que ver con la incapacidad de hecho de la persona sujeta a la medida para otorgar su consentimiento al internamiento; en segundo lugar, en cuanto al trastorno psíquico que padece dicha persona, y en tercer lugar, en la idoneidad del internamiento como medida y al tratamiento específico que se llevará a cabo para abordar el trastorno psíquico diagnosticado. Estas conclusiones se basarán, por supuesto, en las pruebas y dictámenes mencionados previamente (Sánchez Barrilao, 2013, p. 206).

Por otra parte, la resolución judicial deberá incluir una disposición que establezca la obligación de los profesionales de la salud responsables de atender a la persona internada de informar periódicamente al tribunal acerca de la necesidad de mantener la medida. Además de estos informes periódicos, podrán requerirse otros informes adicionales, y se especificarán los plazos para la emisión de dichos informes, los cuales no podrán exceder los seis meses (LEC, art. 763.4). Con base en estos informes, el juez, tras llevar a cabo las actuaciones que considere necesarias, podrá decidir sobre la continuación o no del internamiento (LEC, art. 763.4) (Sánchez Barrilao, 2012, p. 206).

En cuanto a la naturaleza de la intervención judicial, es importante destacar que el juez, en virtud de su independencia establecida en el artículo 117.1 de la CE, se erige como el único órgano constitucionalmente habilitado para llevar a cabo un análisis exhaustivo de las limitaciones de los derechos fundamentales, incluyendo la libertad personal, tanto de acciones de naturaleza pública como privada. El juez desempeña un papel crucial como garante de dichos derechos (Sánchez Barrilao, 2012, p. 200).

Por otro lado, es imprescindible un dictamen médico de un facultativo designado por el juez (LEC, art. 763.3).¹⁰ Un aspecto muy llamativo de la práctica del internamiento involuntario es que el dictamen médico lo puede realizar un médico forense, sin necesidad de la intervención de un facultativo especialista en psiquiatría. Es más, basta con el informe de un médico de atención primaria (Patrocinio, 2002). En todo caso, el tribunal puede solicitar tantos informes médicos como considere pertinente.

En cuanto a los criterios médicos que promuevan el internamiento, ciertamente, no existen de forma acotada y exhaustiva. En España, al igual que en la mayoría de los países europeos, los criterios para el internamiento involuntario son amplios en la práctica. Estos criterios incluyen delirios o trastornos de la percepción sensorial, alteraciones de conducta debido al incumplimiento del tratamiento, ideación o intentos de suicidio, incapacidad para el autocuidado debido a la falta de conciencia de la enfermedad, agresividad dirigida hacia otros en pacientes con psicopatología subyacente, trastorno de la anorexia nerviosa, entre otros (Vega, Bañón y Fajardo, 2010, p. 180).

La casuística desarrollada a lo largo de las últimas décadas ha ido fijando criterios poco específicos para los internamientos voluntarios: que exista indicación médica; que la situación psicopatológica del paciente le impida ejercer el consentimiento informado; que el ingreso se efectúa en beneficio del paciente o para la protección de terceras personas; o que exista imposibilidad de tratamiento ambulatorio (Vega, Bañón y Fajardo, 2010, pp. 180-181).

IV. GARANTÍAS JUDICIALES DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO A TRAVÉS DE LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH

En la jurisprudencia del TEDH se identifican determinadas condiciones procedimentales en el internamiento involuntario, especialmente en el de carácter urgente, como garantías propias de este procedimiento, conectadas directamente con el derecho fundamental a la libertad (CE, art. 17.1) (Barrios, 2010, p. 60). En efecto, a través de la jurisprudencia del TEDH se han definido importantes requisitos y exigencias legales que, además, han determinado un marco regulador más homogéneo en el entorno europeo.

¹⁰ STEDH, Caso Filip contra Rumanía, 2006; Caso M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia, 2004; Caso S.R. vs. Países Bajos, 2012; Caso Ruiz Rivera vs. Suiza, 2014.

Con el objetivo de sistematizar la jurisprudencia del TEDH, he agrupado la distinta casuística en tres materias elementales: el internamiento involuntario como proceso judicial; los requisitos médicos del internamiento involuntario, y las garantías temporales del internamiento involuntario.

- *El internamiento involuntario como proceso judicial*: 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” (STEDH, 18/06/1971, párr. 76). El juez está obligado a informar al individuo privado de libertad o a su representante sobre su situación tanto material como procesal. Esto implica que el afectado (o su representante en su nombre) tiene el derecho de ser escuchado personalmente durante el procedimiento. Además, la persona privada de libertad debe ser informada de su derecho a contar con un abogado y procurador en este trámite, así como de su derecho a presentar pruebas (STEDH, 12/05/1992, párr. 23). El TEDH, en el caso Nielsen contra Dinamarca, hizo extensible las garantías procesales a los menores de edad (STEDH, 18/11/1988, párr. 58).

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 (STEDH, 18/06/1971, párr. 78).

Asimismo, el TEDH considera que la prisión preventiva ordenada por motivo y para atender la condición mental no podría considerarse una “pena” (*Caso Inseher contra Alemania*). Al respecto, el TEDH acepta la prisión preventiva de un paciente de salud mental en un centro que ofrece atención médica adecuada (*Caso Bergmann contra Alemania*).

- *Los requisitos médicos del internamiento involuntario*. En términos de pruebas, además de realizar un examen directo del individuo en el centro, el juez ordenará la realización de un peritaje médico a cargo de un profesional designado por él. La verificación del estado mental mediante una previa peritación médica objetiva ha sido declarada por el TEDH como una condición indispensable para proceder al internamiento no urgente (STEDH, 05/10/2000, párr. 48). Por el contrario, el TEDH acepta la flexibilización de este requisito en los supuestos de urgen-

cia que demanden una pronta respuesta (STEDH, 12/06/2003, párr. 46; STEDH, 27/05/1997, párr. 86). En cualquier caso, es necesaria la perturbación del paciente para justificar el internamiento (STEDH, 24/10/1979, párr. 39).

El TEDH establece, además, que la decisión sobre el internamiento debe emanar de un órgano que tenga rasgos distintivos de tribunal (STEDH, 24/10/1979, párr. 67). Asimismo, el ingreso debe practicarse en un “hospital, clínica u otro establecimiento apropiado y habilitado al efecto” (STEDH, 12/05/1983). En el *caso Aerts contra Bélgica* se consideró como no apropiada la psiquiatría de una prisión puesto que no permitía “un seguimiento médico ni un entorno terapéutico” (STEDH, 30/07/1998). En el *caso Murray contra Holanda* (2013), el TEDH trata de la condena a una persona con una enfermedad mental para la que nunca se previó ningún tratamiento lo que no permitió al demandante poder superar ninguna de las revisiones periódicas necesarias para abandonar la pena punitiva al no quedar demostrado que no fuera a reincidir (García et al., 2016, p. 4). Así, en su caso, estas revisiones se cumplían de *iure*, pero no de facto, dado que la posibilidad existía, pero en su caso era una posibilidad ilusoria porque sus problemas mentales le impedían superar estas evaluaciones periódicas (STEDH, 10/12/2013).

Más aún, el TEDH considera que, entre una institución de alta seguridad y un establecimiento ordinario, siendo más apropiadas para la curación las condiciones de internamiento en el segundo caso, las condiciones del primero pueden ser consideradas como una “detención regular de un enajenado” (STEDH, 12/05/1983, párr. 47). Si bien, no ha considerado legal el internamiento en una residencia social con falta de recursos (*Caso Stanev contra Bulgaria*).

- *Las garantías temporales del internamiento involuntario*. Una de las garantías más destacadas en el marco regulador del internamiento urgente es el límite temporal establecido para la resolución judicial. Este plazo debe considerarse como inamovible, tal como hemos reconocido en relación con otros plazos de detención judicial. Esto implica 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. Es reiterada la doctrina del TEDH sobre la celeri-

dad de respuesta de los órganos judiciales para la legalidad del internamiento. En el caso *Herczegfalvy contra Austria* (1992) declara excesivo el plazo de dieciocho meses, o cinco meses en el caso *Van Der Leer contra Países Bajos* (1988) (Barrios, 2010, p. 62). Del mismo modo, el TEDH ha considerado que se vulnera el CEDH cuando la legislación nacional no contempla un mecanismo de rápida apelación (STEDH, 05/10/2000, párr. 60).

En este sentido, las infracciones del procedimiento cometidas por el órgano judicial resultarán denunciabiles ante este mismo en orden a su inmediata reparación, solicitando una respuesta y en su caso recurriéndola. Conviene destacar en esta materia de internamiento involuntario civil, en casos de inactividad objetiva del órgano judicial, el procedimiento de *habeas corpus* ante el juez de instrucción competente en procura de la necesaria tutela de la libertad. Si bien, el TEDH reconoce que 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 (STEDH, 12/03/1981, párr. 58).

Las garantías temporales también son extensibles a la duración del internamiento, que no debe prolongarse de no persistir la perturbación (STEDH, 09/09/1998, párr. 61 y STEDH, 13/01/2011). El TEDH contempla la obligatoriedad de la revisión de la situación del internamiento a intervalos razonables (STEDH, 26/10/1996, párr. 32). La notificación de las razones de la detención o la decisión de prorrogar la misma es un acto obligatorio (STEDH, 14/07/1988, párr. 27). Aunque el TEDH matiza este requisito a que el paciente no se encuentre evadido en el momento de toma de la decisión.

Por el contrario, el TEDH ha considerado que mantener el internamiento si la enfermedad es incurable no es una violación del CEDH (*Caso Hutchison Reid contra Reino Unido*). En todo caso, la continuación del internamiento obligatorio sin apoyo médico adecuado y sin ningún tipo realista de cambio constituye un trato degradante (STEDH, 18/06/2017 y STEDH, 06/09/2016).

En suma, es reiterada la doctrina del TEDH donde se contempla que el incumplimiento de plazos comporta una violación del artículo 5.1 CEDH (STEDH, 14/07/1988, párr. 23 y STEDH, 27/09/1990, párr. 27).

V. CONCLUSIONES

En el contexto de la salud mental, se afrontan diversos retos para garantizar el respeto a los derechos humanos. De un lado, se evidencia una falta de conciencia acerca de la relevancia del respeto a los derechos humanos y un desconocimiento de las regulaciones internacionales que exigen su salvaguardia, tanto por parte del público en general como de los servicios de salud mental. De otro lado, se constata una carencia en el desarrollo normativo a nivel nacional o autonómico, lo cual obstaculiza la aplicación efectiva de este marco legal internacional en la práctica.

Es importante tener en cuenta que las violaciones de los derechos humanos no se limitan a instituciones cerradas y, desafortunadamente, pueden ocurrir incluso en entornos de atención comunitaria. Estas violaciones pueden presentarse en unidades de hospitalización psiquiátrica, incluyendo unidades de media estancia, comunidades terapéuticas, centros de día y hogares residenciales. Además, estas situaciones no se limitan a establecimientos sociosanitarios, sino que también pueden ocurrir en otros contextos, como entornos educativos, tanto públicos como privados.

Es fundamental tomar conciencia de las nuevas formas en las que se vulneran los derechos de las personas que residen o pasan un tiempo en estas unidades, dispositivos o recursos residenciales, así como de aquellas con las que se relacionan, aunque no vivan en ellos. Como un imperativo ético, es necesario garantizar que las prácticas profesionales protejan y cumplan con los derechos humanos de las personas que reciben atención en cualquiera de estos recursos existentes.¹¹

En el contexto europeo, se observa una notable heterogeneidad en el sistema de garantías destinado a las personas con trastornos mentales en re-

¹¹ Desde la firma de la Declaración sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 1975, se han desarrollado diversos instrumentos para proteger y promover los derechos de estas personas. Algunos de estos instrumentos incluyen el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982) y los Estándares sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993).

^{En} cuanto a la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, también existen instrumentos específicos para su salvaguardia. Entre los más destacados se encuentran: Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y la Mejora de la Atención de Salud Mental (1991); Directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (1996) de la OMS; Atención a la salud mental: diez principios básicos (1996).

lación con el efectivo reconocimiento de los tratados, recomendaciones y sentencias. En numerosos casos, las recomendaciones se limitan a ser meras sugerencias dirigidas a los Estados europeos (específicamente del Consejo de Europa), mientras que el grado de acatamiento de las sentencias por parte de los mecanismos judiciales internos de cada Estado presenta, en ocasiones, deficiencias significativas. Al respecto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha desarrollado a lo largo de las últimas décadas una amplia jurisprudencia en defensa del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que ha servido como vía de canalización para el resto de los tribunales europeos.¹²

Indudablemente, se ha observado un incremento en el nivel de atención otorgado a la salud mental, acompañado de una mayor aprehensión acerca de su trascendencia. Diversos países han instaurado, actualizado y fortalecido políticas y estrategias referentes a la salud mental. Además, la investigación ha propiciado avances técnicos en esta disciplina. En el presente, se dispone de un amplio abanico de directrices, manuales y herramientas prácticas respaldadas por evidencia, las cuales se encuentran disponibles para ser implementadas en el ámbito de la salud mental.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. y Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25137105/>
- Arias, J. A. (2006). Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Boletín del Ministerio de Justicia*, 2697-2736. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2027883>

¹² En la relación directa que existe entre los pronunciamientos del TEDH y su repercusión en las resoluciones judiciales nacionales, conviene hacer mención al recurso de revisión ante el Tribunal Supremo español en los distintos órdenes jurisdiccionales previsto en el artículo 5 bis de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, que dicta: “Se podrá interponer recurso de revisión ante el Tribunal Supremo contra una resolución judicial firme, con arreglo a las normas procesales de cada orden jurisdiccional, cuando el Tribunal Europeo de Derechos Humanos haya declarado que dicha resolución ha sido dictada en violación de alguno de los derechos reconocidos en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales y sus Protocolos, siempre que la violación, por su naturaleza y gravedad, entrañe efectos que persistan y no puedan cesar de ningún otro modo que no sea mediante esta revisión”.

- Barrios, L. F. (2003). Uso de medios coercitivos en psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*, 11, 141-162. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154865>
- Barrios, L. F. (2004). Ingresos geriátricos: fundamento y garantías. *Derecho y Salud*, 12(1), 1-26.
- Barrios, L. F. (2010). Derechos Humanos y salud mental en Europa. *Norte de salud mental*, VIII(36), 55-67. <https://consaludmental.org/publicaciones/DerechosHumanosSaludMentalEuropa.pdf>
- Barrios, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 332(116), 829-847. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400011
- Bercovitz, R. (2012). Decálogo para los internamientos involuntarios urgentes por trastornos mentales. *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, 7, 17-22.
- Berenguer, M. C. (2014). Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. *Derecho Privado y Constitución*, 28, 1-47.
- Blázquez, R. (2005). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Los internamientos involuntarios desde la perspectiva civil. *Primer Congreso La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Cabrera, J. (1991). El internamiento psiquiátrico. Monografías de psiquiatría. *Psiquiatría y Ley penal*, 3, 176-182. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S021265670900482X&r=27>
- Calaza, S. (2007). El proceso de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Revista de Derecho UNED*, 2, 175-225.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). *Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía*, Junta de Andalucía. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/DerechosHumanosSaludMental20121203.pdf
- Espejel, C. (2004). El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 47-62. <https://www.masterforense.com/pdf/2004/2004art2.pdf>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., y otros (2015). Toward a new definition of mental Health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/>

- García, J., Bustos, R. y otros (2016). Derechos fundamentales y libertades públicas. *Revista española de Derecho Administrativo*, 178, 45-88.
- Gómez Papi, J. M. (1990). El internamiento del enfermo mental. *Jornadas sobre psiquiatría forense. Centro de Estudios Judiciales*. Ministerio de Justicia, centro de publicaciones.
- Gómez-Escolar, P. (2007). Algunas cuestiones sobre la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. *Estudios de derecho judicial*, 127, 119-206.
- González, O. (2006). Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 6(1), 39-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2386915>
- Gracia, S. (2000). Internamiento psiquiátrico e internamiento forzoso. *Centro de Salud*, 8, 636-639. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internamientos-psiquiatricos-aspectos-medicolegales-S021265670900482X>
- Gutiérrez, J., Valle, E., Díaz, E. y Gallego, S. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): internamiento involuntario sí, tratamiento obligatorio no. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 56(4), 241-243.
- Ibáñez, M. y Casado, M. (2018). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. *Semergen*, 44(2), 125-130. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-internamiento-no-voluntario-del-paciente-S1138359317301430>
- Laín, P. (1983). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza Universidad.
- Moretón, M. F. (2010). Dos nuevos pronunciamientos del TC sobre el internamiento forzoso en establecimiento de salud mental como medida privativa de libertad: cuestiones sobre ingresos no voluntarios en centros geriátricos. *Revista de Derecho UNED*, 7, 461-487. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3623196>
- Navarro, M. (2019). El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Revista de Bioética y Derecho*, 45, 231-251. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100016
- Niveau, G., Jantzi, C. y Godet, T. (2021). Psychiatric Commitment: sixty years under the scrutiny of the European Court of Human Right. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental, 2013-2020, Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (2019). ¿Qué es la salud mental? http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Patrocinio, J. A. (2002). El internamiento de los presuntos incapaces. Aspectos procesales y sustantivos. *I Congreso virtual de Derecho y discapacidad en el nuevo milenio*.
- Pomed, L. (2006). Algunos aspectos de la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la libertad y a la seguridad. *Revista Catalana de Seguretat Pública*, 17, 165-176.
- Portero, G. (2012). ¿Qué es la salud mental? En M. Velázquez, *La salud mental de las y los trabajadores* (pp. 101-238). La Ley.
- Prados, C. (2023). *El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad*. Dykinson.
- Rodríguez Álvarez, A. (2012). Sobre el internamiento involuntario de ancianos no incapacitados en centros geriátricos. *Diario La Ley*, 7958.
- Rodríguez López, P. (2006). Los derechos constitucionales de las pacientes: derecho a la vida y a la integridad física. *Derecho y Salud*, 14(1), 167-204. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005304>
- Rodríguez Sáez, J. A. (2011). El fundamento ético-jurídico de la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. *Diario La Ley*, 7762. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3795841>
- San José-Sanz, L., y Sol-Ordis, T. (2006). Aspectos médico-legales del internamiento psiquiátrico y la incapacidad civil. *Med Clin (Barc)*, 126(14), 549-553. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024676/>
- Sánchez Barrilao, J. F. (2013). El régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. *UNED. Revista de Derecho Político*, 87, 179-222. <https://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/12774>
- Sánchez Barrilao, J. F. (2022). *Las funciones no jurisdiccionales de los jueces en garantía de derechos*. Civitas.
- Sánchez Legrán, F. (2002). El paciente como usuario de la Sanidad. Derechos y deberes. *Medicina de Familia*, 3(4), 12-14. <https://gesan.uninet.edu/mas-terges/2002/tema13/13-1.pdf>

- Vega, C., Bañón, R. M. y Fajardo, A. (2010). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Aten Primaria*, 42(3), 176-182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024676/>
- Verda, J. R. de. (2016). El internamiento involuntario de ancianos en centros geriátricos en el derecho español. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 4, 9-28.

Jurisprudencia

- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Aerts contra Bélgica*, 30 de julio de 1998.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Ashingdane contra Reino Unido*, 12 de mayo de 1983.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso de Wilde, Ooms y Versyp contra Países Bajos*, 18 de junio de 1971.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Eriksen contra Noruega*, 27 de mayo de 1997.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Herczegfalvy contra Austria*, 24 de septiembre de 1992.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Herz contra Alemania*, 12 de junio de 2003.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Hurchison Reid contra Reino Unido*, 20 de febrero de 2003.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso HL contra Reino Unido*, 25 de junio de 1997.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Johnson contra Reino Unido*, 9 de septiembre de 1998.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Nielsen contra Dinamarca*, 28 de noviembre de 1988.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Megyeri contra Alemania*, 12 de mayo de 1992.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Morsink contra Países Bajos*, 11 de mayo de 2004.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Pretty contra Reino Unido*, 29 de abril de 2002.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Silva Rocha contra Portugal*, 26 de octubre de 1996.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Van Der Leer contra Países Bajos*, 14 de julio de 1988.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Varbanov contra Bulgaria*, 05 de octubre de 2000.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Wassink contra Países Bajos*, 27 de septiembre de 1990.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Winterwerp contra Países Bajos*, 24 de octubre de 1979.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso X contra Reino Unido*, 12 de marzo de 1981.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, 19 de mayo de 2004. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Storck vs. Alemania*, 16 de junio de 2005.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Filip vs. Rumanía*, 14 de diciembre de 2006.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Pankiewicz contra Polonia*, 12 de febrero de 2008.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Heidn contra Alemania*, 13 de enero de 2011.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso V.C. contra Eslovaquia*, 8 de noviembre de 2011.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Stanev contra Bulgaria*, 17 de enero de 2012.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso S.R. vs. Países Bajos*, 18 de septiembre de 2012.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Murray contra Holanda*, 10 de diciembre de 2013.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Ruiz Rivera vs. Suíza*, 18 de febrero de 2014.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Bergmann contra Alemania*, 7 de enero de 2016.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso WD contra Bélgica*, 6 de septiembre de 2016.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Rooman contra Bélgica*, 18 de junio de 2017.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Inseher contra Alemania*, 4 de diciembre de 2018.