

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 98

**LEGISLACION EN MATERIA  
DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA**

**Cuarto Informe  
del Comité de Expertos en Salud Mental**

SUMARIO

	Páginas
1. Evolución de la actitud de la sociedad frente al enfermo mental	3
2. Crítica de la legislación vigente . . . . .	4
3. Exigencias que debe satisfacer la legislación . . . . .	6
4. El problema del enfermo recalcitrante . . . . .	11
5. Organización del servicio psiquiátrico . . . . .	16
6. Principios en que ha de inspirarse la legislación sobre asistencia psiquiátrica . . . . .	21
7. Problemas que plantean algunas categorías de enfermos . . . . .	24
8. Aplicación de los principios legislativos según las diferentes clases de organización social . . . . .	26

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

NOVIEMBRE DE 1955

## COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL

### Cuarta Reunión

Ginebra, 1-6 de noviembre de 1954

#### *Miembros :*

- Dr. J. V. Ashburner, Psychiatrist Superintendent, Mental Hospital, Kew, Australia
- Dr. E. J. Aujaleu, Directeur de l'Hygiène sociale, Ministère de la Santé publique et de la Population, Paris, Francia
- Dr. A. Botelho, Director del Servicio Nacional de Enfermedades Mentales, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. R. Felix, Director, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health (Public Health Service), Bethesda, Md., Estados Unidos de América (*Vicepresidente*)
- Profesor H. W. Gruhle, Director de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Universidad, Bonn, Alemania
- Profesor G. Kraus, Clínica Psiquiátrica de la Universidad, Groninga, Países Bajos (*Presidente*)
- Dr. G. A. R. Lundquist, Profesor Adjunto de Psiquiatría ; Médico Jefe del Hospital de Långbro, Estocolmo, Suecia
- Dr. Tigani el Mahi, Clínica de Enfermedades Nerviosas, Kartum North, Sudán
- Dr. T. P. Rees, Medical Superintendent, Warlingham Park Hospital, Warlingham, Surrey, Inglaterra

#### *Secretaría :*

- Dr. G. R. Hargreaves, Jefe de la Sección de Salud Mental, OMS (*Secretario*)
- Dr. P. Sivadon, Consultor en Salud Mental, OMS
- Sr. J. Tizard, Ph.D., Consultor en Salud Mental, OMS

Este informe fué presentado originalmente en forma de documento multicopiado WHO/MENT/81, el 25 de noviembre de 1954.

## LEGISLACION EN MATERIA DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA

### Cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental \*

#### 1. Evolución de la actitud de la sociedad frente al enfermo mental

Lo insólito de su conducta y el carácter a menudo imprevisible de sus reacciones explican el temor que parece haber inspirado siempre el enfermo mental. En determinadas sociedades se le ha considerado como un ser de naturaleza divina y, como tal, respetado y temido a la vez. En otras etapas de la evolución de las ideas, se creía que estaba poseído por un poder maligno, por un demonio, y, en consecuencia, era objeto de malos tratos, se le expulsaba de la comunidad o se le daba muerte. La finalidad que se perseguía con esos malos tratos, más que la de hacer sufrir al individuo, era la expulsión del espíritu demoníaco, con lo que se acusaba ya el principio de una actitud terapéutica.

Posteriormente, por lo menos en los países occidentales, el enfermo mental ha sido considerado como un ser de naturaleza distinta a la de los demás hombres, por consiguiente, extraño a la humanidad (alienado o enajenado), y aunque seguía inspirando temor, suscitaba también sentimiento de compasión. Creíase entonces que bastaba recluirlo en manicomios, a ser posible lejos de las ciudades, para librar a la sociedad de su presencia y al mismo tiempo para protegerlo contra sí mismo.

Poco a poco, los progresos terapéuticos han permitido verlo viéndolo sencillamente como un enfermo al que es posible cuidar y curar. A pesar de ello, subsiste aún la creencia, incluso en sociedades que han alcanzado un alto grado de desarrollo, de que sólo son *enfermos* los casos no peligrosos cuya curación parece posible y de que todos los demás deben ser tratados como *dementes*. Así se explica la existencia, y hasta la extensión en ciertos

---

\* En el curso de su 15ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución :  
El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental ;
2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por su labor ; y
3. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB15.R11, *Act. of. Org. mund. Salud*, 1955, 60, 4)

países, de dos sistemas de tratamiento: « service libre » y el « service fermé », en unos; la hospitalización temporal y el internamiento, en otros. Esto hace con frecuencia necesaria la intervención de la autoridad judicial para regular la situación de los enfermos oficialmente declarados dementes.

Es incontestable que el caso del enfermo recalcitrante y el que desconoce su estado requieren la intervención de un órgano competente, que suele ser todavía la autoridad judicial, sobre todo en las sociedades donde las instituciones están poco diferenciadas. Las legislaciones más recientes tienden a delegar esa función en un órgano integrado por médicos y jueces o en una autoridad sanitaria sometida a la intervención del poder judicial.

A medida que los servicios de salud pública van adquiriendo mayor autonomía en relación con las demás instituciones del Estado y que se reconoce y justifica la nueva situación, se hace más patente la competencia de la autoridad sanitaria para tomar las disposiciones que requiere el tratamiento de los enfermos de toda clase, inconscientes o lúcidos, recalcitrantes o dóciles, sin perjuicio del recurso a los tribunales cuando se cometan abusos de autoridad.

Al paso que el concepto de locura o demencia se atenúa y va siendo sustituido por el de enfermedad, disminuye también el temor que ha inspirado el enfermo, y se tiende cada vez más, no a rechazarlo, sino a mantenerlo integrado en el seno de la comunidad.

En lugar de limitarse a recluirlo en manicomios alejados de las ciudades, se procura hoy someterlo a tratamiento en hospitales psiquiátricos tan abiertos como sea posible y situados cerca de los respectivos núcleos de población. Más aún: se intenta incluso evitar la hospitalización y generalizar el tratamiento externo, la ayuda por el trabajo, y una vida de tipo familiar.

Así, pues, el objeto de las medidas sanitarias y sociales no debiera ser la segregación de quienes carecen de suficiente capacidad social, sino dar en la sociedad a todos y a cada uno el lugar que convenga a sus necesidades y aptitudes.

## 2. Crítica de la legislación vigente \*

La verdadera finalidad de la legislación sobre enfermos mentales y subnormales consiste en proporcionarles asistencia y tratamiento adecuados y en proteger simultáneamente al paciente y a la sociedad. Muchas

---

\* Se ha publicado por la OMS (en *Rec. int. Légis. sanit. ; Int. Dig. Hlth Legis.*, 1955, 6, 3) un estudio comparativo de la legislación sobre hospitalización de los enfermos mentales en más de treinta países.

de las leyes vigentes en materia de salud mental están lejos de ser satisfactorias, aun cuando en algunos países se consiga, en la práctica, aplicar con éxito — mediante una interpretación amplia de los textos — disposiciones que se inspiran en una concepción anticuada de la anormalidad mental. Pero como una buena legislación sobre salud mental no ha de entorpecer sino facilitar el tratamiento psiquiátrico, el Comité ha creído oportuno examinar algunos de los defectos principales de la legislación vigente en diferentes países.

El mayor inconveniente estriba en la excesiva importancia que se atribuye a las consideraciones puramente jurídicas en detrimento de las consideraciones médicas. Muchos países hacen depender el ingreso de un enfermo en un hospital psiquiátrico de una serie de trámites legales. En ciertos casos, es necesario que la policía detenga al paciente y lo encarcele para que comparezca ante un juez o magistrado que lo declare demente. Este procedimiento suele ir acompañado de una gran publicidad, e incluso en uno o dos países da lugar a juicios por jurado en audiencia pública. Casi tan censurable como la comparecencia ante un juez es el sistema que consiste en confiar exclusivamente a las autoridades administrativas el mandato requerido para hospitalizar a los enfermos mentales. En muchos otros países, antes de poder ingresar en el hospital, el enfermo ha de ser examinado por dos médicos cuando menos, y declarado demente por un juez. Otras legislaciones exigen que el interesado o sus familiares firmen uno o varios formularios. Pocos son los países donde el enfermo puede ingresar en un hospital de una manera verdaderamente voluntaria y aún menos aquéllos en los que se reconoce esa facultad a los débiles mentales.

En muchos países, una vez ingresado el paciente en un hospital psiquiátrico, la dirección del establecimiento ha de enviar informes frecuentes y a menudo inútiles a una autoridad central. A veces, la ley limita de una manera humillante y perjudicial la libertad del paciente, emplea una terminología ofensiva para él, e incluso llega a privarle automáticamente de sus derechos civiles. Algunas de esas restricciones, que enturbian la atmósfera de los hospitales, han sido examinadas con mayor detalle en el tercer informe del Comité de Expertos en Salud Mental.<sup>1</sup> En el presente informe se hace posteriormente referencia a los aspectos jurídicos de la cuestión (véase página 12).

El alta es con frecuencia más difícil de conseguir que el ingreso en el hospital. En muchos países esa decisión corresponde exclusivamente a las autoridades administrativas, que pueden hacer caso omiso de la opinión de los médicos. Ni el enfermo, ni sus parientes, ni los mismos médicos que lo cuidan, tienen facultad para poner término a la hospitalización.

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 73, 18 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73, 17 (sección 4.1.1)

Otras legislaciones exigen una serie de trámites sumamente enojosos antes de autorizar el alta.

Las restricciones impuestas al ingreso y al alta de los enfermos mentales se inspiran, por una parte, en el temor que siente la sociedad ante esa clase de enfermedades, y, por otra, en un sincero deseo de proteger la libertad individual. Justo es añadir que este segundo objetivo no suele alcanzarse. Las garantías de la libertad individual, cuando no lo son más que en apariencia, pueden dar al público una impresión engañosa de seguridad y hacer con ello imposible la instauración de la verdadera libertad. Otro inconveniente de esas restricciones radica en que complican el trabajo del médico del hospital, que dedica a redactar informes a la superioridad una parte considerable del tiempo que debiera emplear en tratar a sus pacientes.

La mayoría de los sistemas legislativos actuales resultan ineficaces en otros aspectos en que sería muy útil una buena legislación. Casi ninguna de las legislaciones en vigor fija las condiciones mínimas a que deben ajustarse los servicios psiquiátricos. En ocasiones, la ley sirve incluso para eximir a las autoridades administrativas de la obligación de organizar los servicios indispensables. Ejemplo característico de tal anomalía está en las disposiciones que excluyen de las escuelas públicas a los niños mentalmente débiles.

Se puede afirmar, en resumen, que la mayoría de las legislaciones vigentes están mal orientadas. Dedicar excesiva atención a las comprobaciones administrativas que se refieren al enfermo mental y al médico y no atribuyen, en cambio, la debida importancia a la responsabilidad que tiene el poder público de crear servicios de salud mental. Por lo general, apenas facilitan el planteamiento realista del problema.

### **3. Exigencias que debe satisfacer la legislación**

#### *3.1 Generalidades*

Aunque parezca evidente la influencia positiva que una legislación satisfactoria ejerce en el fomento de la asistencia psiquiátrica, hay que reconocer que, en buen número de países, la modernidad de las instalaciones y equipos sanitarios no está en relación con la existencia de disposiciones legislativas que se ajusten a las exigencias actuales. Algunos países disponen de servicios excelentes, pero carecen de una ley especial sobre enfermos mentales o, si la tienen y no corresponde a las necesidades presentes, la aplican lo menos posible. Conviene, pues, que la legislación esté concebida de manera que favorezca el desarrollo de instalaciones y servicios y no entorpezca los progresos de la asistencia psiquiátrica. El peligro

que importa evitar es la creación de establecimientos psiquiátricos cuyo buen funcionamiento no esté asegurado. Según los casos, el hospital psiquiátrico tendrá sobre el enfermo los mejores o peores efectos; si es una verdadera « comunidad terapéutica » tal como la define el tercer informe del Comité,<sup>1</sup> puede ejercer una incomparable acción curativa, pero si, por el contrario, se trata de un instrumento de « desocialización » y de sujeción, quizá contribuya a agravar irremediablemente el estado del enfermo.

Cabría imaginar la existencia de buenos establecimientos para enfermos mentales sin necesidad de leyes especiales en la materia, pero lo que no se puede concebir es que existan servicios psiquiátricos adecuados cuando no hay bastante personal médico y auxiliar especializado.

Existen, pues, motivos para afirmar que, en todos los países, la primera necesidad que debe satisfacer la ley es la contratación y formación de ese personal.

A la satisfacción de tal necesidad previa ha de quedar, en consecuencia, supeditada la organización de los servicios e instalaciones de asistencia que requiera el cuidado de la comunidad. De hecho, sería preferible para los enfermos y para la sociedad disponer de buenos psiquiatras sin hospitales especializados que de hospitales psiquiátricos faltos del personal sanitario indispensable.

Una vez cubiertas las atenciones debidas al personal especializado y a los establecimientos, la legislación habría de prever las disposiciones que permitan tratar sin su consentimiento a los pacientes ignorantes de su estado y a los peligrosos, así como las necesarias garantías de inspección médica y de tutela. La aplicación de tales medidas, tanto en el tratamiento de los pacientes recalcitrantes o peligrosos como en lo referente a tutela e inspección médica, depende a su vez de la calidad de los médicos y establecimientos. En la medida en que estén bien preparados los médicos y bien equipados los hospitales, será más fácil conseguir que la gran mayoría de los enfermos consientan en someterse al tratamiento. Por el contrario, si no se dispone de los elementos necesarios, habrá que recurrir con más frecuencia al empleo de medidas coercitivas.

Para coordinar el conjunto de la organización, importa establecer, en fin, una autoridad sanitaria especializada que actúe lo mismo en la esfera nacional que en las esferas locales.

De lo dicho resulta que deben atenderse las necesidades siguientes :

- 1) contratar y formar el indispensable personal médico y auxiliar ;
- 2) crear establecimientos de asistencia y de tratamiento ;

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 73, 18 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73, 17 (sección 4.1.1)

3) tomar disposiciones para el tratamiento de los enfermos ignorantes de su estado y de los peligrosos, y para la tutela e inspección médica de aquéllos que la necesiten ;

4) establecer un servicio sanitario especializado, es decir, un servicio psiquiátrico público.

### 3.2 *Contratación y formación del personal médico y auxiliar*

Uno de los principales problemas que deben ser resueltos para asegurar el tratamiento rápido y efectivo de los enfermos mentales es la formación de un personal especializado. Su acertada solución deberá responder a las exigencias siguientes :

1) dar a todos los médicos, en el curso de sus estudios, una sólida instrucción sobre los principales problemas de la psiquiatría y sobre la intervención que la práctica de la medicina general tiene en la prevención, en el diagnóstico y en el tratamiento de urgencia de los trastornos mentales ;

2) formar el número suficiente de personal muy especializado que garantice el funcionamiento de los servicios públicos psiquiátricos y el ejercicio privado de la especialidad ;

3) informar ampliamente sobre la materia a todas las personas que pueden tener alguna intervención en la prevención y localización de casos o en el tratamiento y rehabilitación social de los enfermos mentales (personal de enfermería, trabajadores sociales, magistrados, administradores, policías, sacerdotes, directores de industrias, etc.).

Es importante que la formación se adapte a las necesidades existentes y, por lo tanto, que la enseñanza en las universidades se conjugue directamente con la actividad de los diversos establecimientos de asistencia y tratamiento a los enfermos mentales en donde médicos y enfermeras están llamados a ejercer sus funciones. Conviene evitar el carácter teórico que adquiere la enseñanza cuando se basa en el examen de pacientes escogidos con un criterio artificial, y dar participación amplia en ella a los especialistas encargados de los servicios psiquiátricos.

En ciertas regiones donde no existen establecimientos de asistencia que respondan a las modernas exigencias técnicas, se hace más difícil la formación del personal médico especializado. El Comité considera conveniente establecer uno o varios centros de formación para médicos y personal de enfermería en cada región que constituya una unidad cultural y lingüística, a fin de evitar los inconvenientes que pueden resultar del empleo de personas cuya preparación profesional se funde en una concepción de la cultura demasiado alejada de la que prevalezca en el lugar donde trabajen.

Entiende asimismo el Comité que uno de los principales problemas, de cuya buena solución depende la posibilidad de formar el número suficiente de personal médico y auxiliar especializado, consiste en conseguir que la práctica de la profesión ofrezca condiciones suficientemente atractivas y variadas a quienes la ejercen.

Un buen médico se decidirá muy difícilmente a dedicarse por entero al tratamiento de pacientes crónicos o incurables en establecimientos desprovistos del personal adecuado y alejados de todo centro intelectual o científico.

También parece tener importancia, tanto para los médicos como para el personal de enfermería, el hecho de que sus actividades les pongan en contacto con los diversos aspectos de la medicina mental. A ese fin convendrá procurar que dediquen parte de su tiempo a servicios externos e incluso, en el caso de los médicos, al ejercicio privado de la profesión.

No hay que olvidar, en fin, la formación de otro personal profesional cuya importancia aumenta de día en día : psicólogos, trabajadores sociales, profesores, especialistas en terapéutica por el trabajo, etc.

### 3.3 *Establecimientos de asistencia y de tratamiento*

Esos establecimientos constituyen uno de los temas estudiados en el tercer informe del Comité.<sup>1</sup> Deben comprender servicios de prevención, de tratamiento externo, hospitales psiquiátricos, hospitales especializados, servicios de tratamiento postinstitucional y de tratamiento a domicilio, y centros de rehabilitación social y profesional.

Para que esas instituciones tengan el carácter de « comunidades terapéuticas », en el sentido que da a la expresión el tercer informe del Comité, es recomendable que no sean demasiado grandes, y conviene evitar el peligro que puede resultar de su especialización a base de conceptos tales como « agudo » y « crónico », « curable » e « incurable ».

Muchos sistemas legislativos tienden a establecer dos clases de asistencia, concentrando los esfuerzos en los casos graves y reduciendo en cambio a una mera custodia en establecimientos alejados de las ciudades el cuidado de los pacientes que muestren pocas probabilidades de curación. El Comité opina que todos los enfermos necesitan tratamiento y que la diferencia estriba en la técnica aplicable. Parece conveniente, pues, crear un número considerable de establecimientos de asistencia con capacidad reducida, donde se acoja a enfermos de diferentes clases, y que algunos de esos establecimientos se dediquen particularmente a la aplicación de técnicas especializadas. Como la técnica progresa rápidamente a medida que

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73

umentan nuestros conocimientos, es preferible que las leyes no contengan prescripciones demasiado precisas y, sobre todo, que eviten las enumeraciones restrictivas. El Comité está plenamente convencido de que, por tratarse de un instrumento terapéutico, los establecimientos psiquiátricos, cualquiera que fuere su naturaleza e importancia, deben estar siempre dirigidos por psiquiatras. Entiende también el Comité que esos establecimientos no podrán mantener su carácter de instrumentos terapéuticos si no reúnen los requisitos técnicos establecidos por el organismo consultivo y mencionados en la sección 5.1 (véase página 17), tres de los cuales parecen tener especial importancia :

- 1) número suficiente de personal médico y de enfermería ;
- 2) adopción de medidas para evitar la aglomeración de pacientes ;
- 3) instalaciones técnicas destinadas a evitar el empleo de medios físicos de sujeción.

#### 3.4 *Medidas para permitir el tratamiento obligatorio y la tutela*

Este problema se examina con más detenimiento en el capítulo siguiente. Bastará señalar aquí las necesidades esenciales a que estas medidas deben responder :

1. Es necesario poder someter a tratamiento sin su consentimiento a ciertos enfermos peligrosos o ignorantes de su estado. Para ello se hace indispensable la intervención de una autoridad responsable que lo imponga, en la inteligencia de que el tratamiento así impuesto no ha de implicar necesariamente la hospitalización. El procedimiento a seguir ha de ser sencillo, evitar los trámites que puedan ser perjudiciales para el estado mental del paciente, basarse esencialmente en consideraciones médicas y ofrecer todas las garantías necesarias para la protección de la libertad del individuo.

2. En casos de extrema urgencia, ha de existir la posibilidad de hospitalizar inmediatamente a ciertos enfermos. A ese fin conviene haber previsto las disposiciones que permitan la hospitalización, como medida provisional, sin otro requisito que un simple certificado médico y a reserva de que se formalicen oportunamente los trámites antedichos.

3. Hay enfermos que están incapacitados para administrar sus bienes. Conviene, pues, adoptar medidas de tutela civil, con la mayor flexibilidad posible para que sean aplicadas y suspendidas mediante una tramitación muy sencilla. El objeto de esas medidas de tutela ha de ser :

- a) aconsejar a los enfermos cuyas facultades les permitan dar consentimiento válido en la gestión de sus bienes ;
- b) asistir a los enfermos que sólo son capaces de dar su opinión sobre esa gestión ;

c) subrogar a los enfermos totalmente incapacitados para la gestión de sus bienes.

La aplicación de estas medidas ha de poder extenderse a los enfermos hospitalizados y a los que no lo están.

### 3.5 *Servicio psiquiátrico público*

Se examina esta cuestión en el capítulo 5 de este informe (véase página 16). Lo que ahora conviene señalar es la necesidad de este servicio. A medida que se realizan progresos en el tratamiento y en la asistencia, se hace más indispensable poner la organización y coordinación de los servicios psiquiátricos bajo la autoridad de un organismo sanitario especializado, que dependa de la autoridad sanitaria central y no de una autoridad judicial o policiaca. Por otra parte, la multiplicación de las distintas clases de establecimientos de asistencia y la adopción de métodos menos rígidos para el tratamiento de los enfermos recalcitrantes exigen inspecciones médicas numerosas y eficaces.

## 4. El problema del enfermo recalcitrante

En general, se puede afirmar que cuanto más satisfactorios son los servicios psiquiátricos, menos falta hace recurrir a la fuerza para conseguir que el enfermo se someta a tratamiento. La calidad de un hospital psiquiátrico está en razón directa de la facilidad con que los pacientes aceptan su admisión voluntaria; y, paralelamente, cuanto más competentes son los psiquiatras, más fácil es convencer a los enfermos de la necesidad de su hospitalización.

Es preciso insistir sobre este punto: una ley que autorice y regule el tratamiento de los enfermos en contra de su voluntad no puede sustituir en modo alguno el funcionamiento de un servicio psiquiátrico satisfactorio, porque su sola aplicación no reduce en nada el número de esa clase de enfermos. Conviene, pues, que la legislación dedique toda la atención requerida al fomento de unos servicios psiquiátricos adecuados, que se inspiren en los principios enunciados en el tercer informe del Comité,<sup>1</sup> porque esos servicios reducirán considerablemente el número de enfermos que deban ser asistidos contra su voluntad.

Aun así, incluso con buenos servicios psiquiátricos, seguirá siendo necesario el tratamiento forzoso, que se aplicará, sin embargo, a un número menor de enfermos.

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73

Se entiende en general que las medidas coercitivas son necesarias sólo en un caso : para el ingreso en el hospital de un enfermo recalcitrante.

Según se indica más adelante (véase página 15), una determinada forma de « tutela » obligatoria para enfermos externos podría ser de gran utilidad en el funcionamiento de los servicios psiquiátricos y, en caso de ser adoptada, reducir todavía más el empleo de medidas coercitivas para el ingreso forzoso ; pero, antes de hacer esta sugestión, conviene examinar el problema de la hospitalización obligatoria.

Para el médico, la hospitalización de aquellos enfermos mentales cuyo estado les impide reconocer la necesidad del tratamiento es una cuestión de orden sanitario, semejante en cierto modo a la que puede plantear una operación quirúrgica urgente, o también el aislamiento de un paciente contagioso en beneficio de los que viven en su compañía.

Para el jurista, se trata de una cuestión de libertad individual y de las garantías con que la ley ha de protegerla.

Para el ciudadano, esos dos puntos de vista son igualmente importantes.

El psiquiatra aspira a que el individuo cuyas facultades mentales estén perturbadas, y cuyo estado constituya una amenaza para su propio bienestar o para el de los demás, reciba el adecuado tratamiento sin tener que acudir a una decisión judicial declarándolo demente, ni a un mandato del juez para hospitalizarlo, porque ambas medidas se tendrán por un baldón grave y perdurable para el paciente después de su curación, no sólo por él y por sus familiares, sino por el público en general.

Cualquier legislación sobre la materia ha de tender a satisfacer la doble necesidad del tratamiento médico y de las garantías legales.

En muchos países, la ley exige como garantía principal una decisión judicial antes del ingreso ; pero tal procedimiento lleva precisamente consigo esa nota denigrante que tanto el psiquiatra como el enfermo y su familia tienen interés en evitar. En estos últimos años, sin embargo, se ha observado una tendencia creciente en favor de la hospitalización obligatoria, por lo menos en casos de urgencia, mediante la demanda conjunta del psiquiatra y de la familia del enfermo, o la decisión de una determinada autoridad no judicial, a reserva, en ambos casos, de la confirmación judicial después del ingreso.

El plazo que ha de transcurrir hasta el momento de la confirmación varía, según los países, de uno o dos días a varios meses. En una ley reciente, se dispone que todas las hospitalizaciones obligatorias sean tratadas por un procedimiento « temporal » de ese género y no se exige la declaración judicial en debida forma sobre el estado mental de los enfermos hasta que haya transcurrido un plazo de doce meses.

La posibilidad de un tratamiento temporal obligatorio de esa clase durante un período de doce a dieciocho meses permite que, en la práctica, la mayoría de los pacientes se restablezcan gracias al tratamiento, sin necesidad de haber sido internados por un mandato del juez y sin que su « estado mental » haya sido objeto de una declaración judicial. Ese es precisamente el procedimiento que el Comité quisiera recomendar.

Como efecto de tales experiencias, algunos países consideran posible instituir un sistema de internamiento obligatorio sin previa intervención judicial, o autorizar la hospitalización durante un período inicial de observación y tratamiento de duración variable. En la legislación de un país, se ha prescindido totalmente de la intervención posterior de las autoridades judiciales, mediante una junta especial del distrito formada por tres miembros, de los cuales uno solo pertenece a la magistratura. Esta evolución en materia de procedimiento parece obedecer a la convicción cada vez más firme de que el recurso de alzada, la inspección y el procedimiento para dar de alta pueden garantizar la libertad individual con la misma eficacia que una decisión judicial anterior a la hospitalización y con mucho menos perjuicio para el paciente desde el doble punto de vista médico y social.

En consecuencia, entiende el Comité que, en cualquier momento desde que se ha decidido su ingreso forzoso, el enfermo ha de tener la posibilidad de acudir en alzada ante la autoridad competente. Casi todos los países admiten ese recurso ante la autoridad judicial, pero conviene señalar que hay uno, cuya legislación se ha destacado en la vanguardia del progreso, que ha considerado preferible confiar el conocimiento de las apelaciones a una junta local compuesta por un médico, un juez y un simple ciudadano.

Sea cual fuere su composición, el órgano encargado de autorizar la hospitalización obligatoria habrá de limitarse a decidir sobre la legalidad del internamiento del enfermo en un hospital. No necesita ni debe tener, en cambio, atribuciones para pronunciarse sobre el estado de demencia o de debilidad mental del enfermo. La distinción entre la autorización del internamiento y la declaración autorizada del estado mental de un individuo es de gran importancia.

En otra parte de este informe (véase página 17), se hace referencia a la inspección, desde el punto de vista del conjunto del hospital psiquiátrico ; pero cabe consignar aquí que, en cualquier caso, la inspección debería dar al enfermo otra posibilidad de apelación.

Los trámites del alta, en opinión del Comité, tienen particular importancia, ya que han de servir de garantía contra toda detención arbitraria en un hospital psiquiátrico. Conviene dar las máximas facilidades en ese aspecto, naturalmente siempre dentro de límites razonables. Los parientes

próximos, por ejemplo, deben estar facultados para obtener el alta, salvo en el caso de que el médico director del hospital se oponga fundándose exclusivamente en el peligro que ofrece el enfermo para sí mismo o para los demás. Los parientes próximos deben tener también derecho a apelar contra ese veto.

El médico director debe estar facultado para dar de alta al enfermo, e igualmente los inspectores médicos, el comité de dirección, u otro organismo responsable del hospital, y las autoridades sanitarias centrales o locales. Es particularmente deseable que esa facultad no quede sometida a restricción alguna, salvo el derecho de veto estrictamente limitado del médico director. Hay un país, por ejemplo, donde el psiquiatra del hospital no puede dar de alta a sus pacientes, porque tal atribución está reservada a las autoridades administrativas del distrito. Ocurre entonces que, en ocasiones, esas autoridades administrativas, preocupadas principalmente por la seguridad pública, se niegan a dar de alta a enfermos que, según el médico director, están en condiciones de salir del hospital.

Importa mucho dejar bien establecido que, desde el punto de vista social, las ventajas que resulten de las excesivas precauciones puestas en la custodia de las pocas personas más o menos incapaces de dominar su conducta están neutralizadas con exceso por los inconvenientes del temor que suscita, en la mayoría de las personas, la idea de que si se entra en un hospital psiquiátrico es muy difícil salir de él. Ese temor con frecuencia lleva a eludir el tratamiento cuando se notan los primeros síntomas de una enfermedad mental.

Ocúpanse los párrafos precedentes del caso de aquellos pacientes que no han sido internados en hospitales psiquiátricos en virtud de sentencia de un tribunal como consecuencia de un acto delictivo. Según se indica en otra parte de este informe (véase página 23), reconocer a las autoridades judiciales la facultad de decidir el internamiento de los presos que sufren una enfermedad mental en los hospitales psiquiátricos ordinarios es tan impropio como lo sería atribuirles el derecho de ingresar a los presos tuberculosos en los hospitales generales. Hacerlo así equivale a desacreditar al hospital y crea una serie de dificultades prácticas en el tratamiento. Las autoridades competentes en materia penitenciaria deben encargarse de que dentro de sus propios servicios exista un hospital psiquiátrico donde se trate a los enfermos delincuentes. Y si, en algún caso particular, pareciera inoportuno el ingreso del paciente en un establecimiento psiquiátrico penitenciario, habría que ponerlo en situación de libertad vigilada o aplicarle los beneficios de la condena condicional para que pudiera entrar normalmente en un hospital mental ordinario.

Conviene insistir sobre este punto porque, mientras reciban enfermos internados en virtud de una sentencia condenatoria, los hospitales psi-

quiátricos ordinarios seguirán desprestigiados a los ojos del público, situación que será peor todavía si el médico director no puede dar de alta a ciertos pacientes que considera curados pero que están reclusos extinguiendo una condena impuesta a consecuencia de hechos delictuosos.

La causa de que la mayor parte de las leyes vigentes se ocupen sobre todo de los trámites para el ingreso y el alta de los enfermos recalcitrantes está en que, cuando fueron promulgadas, el hospital psiquiátrico era el único medio de que se disponía para cuidar a los enfermos mentales.

La situación actual es muy distinta. El tratamiento externo, el trabajo social, la asistencia postinstitucional y la rehabilitación son hoy elementos preponderantes en el tratamiento de los enfermos mentales. Los pacientes, en su mayoría, no tienen necesidad de ser hospitalizados nunca y, si hace falta internarlos, el período que pasan en el hospital es sólo una etapa en el proceso de la curación. Así como es a veces necesario aplicar medidas coercitivas para que una pequeña minoría de enfermos, en interés de su familia y en el suyo propio, se sometan a tratamiento, es necesario también crear alguna forma de tutela obligatoria para un corto número de casos que pueden ser atendidos fuera del hospital. No se trata, por supuesto, de sugerir que se imponga alguna clase de tutela obligatoria a aquellos enfermos que pueden ser convenientemente asistidos sin aislarlos de la comunidad. Pero si se hubiera establecido un procedimiento de tutela obligatoria como el que se indica, sería posible tratar con éxito dentro de la misma comunidad a ciertos enfermos que actualmente es necesario someter a internamiento forzoso.

Ninguna legislación psiquiátrica ha instituido hasta ahora esa tutela obligatoria, pero en un país se ha presentado ya un proyecto de ley con objeto de establecerla. Ello no obstante, la tutela obligatoria del paciente mental se aplica de hecho en muchos países por procedimientos diversos. Utilízanse, por ejemplo, con frecuencia los sistemas de la libertad vigilada o de la condena condicional para conseguir que un toxicómano, un alcohólico o un delincuente sexual se sometan a tratamiento. Desgraciadamente, no se puede adoptar esa solución mientras el interesado no haya cometido un acto delictivo, y es inevitable, por consiguiente, que el tratamiento aparezca entonces como una sanción impuesta por la autoridad judicial a consecuencia de un delito. El Comité considera necesario implantar algún sistema de vigilancia obligatoria, una especie de tutela médicosocial, que los parientes próximos y el psiquiatra puedan solicitar de común acuerdo cuando sea evidente que el estado del enfermo constituye una amenaza grave para su propio bienestar y para el de los demás, pero sin esperar a que esté encartado en una causa criminal.

No cree oportuno el Comité formular recomendaciones precisas sobre la clase de organismo que debiera encargarse de esas funciones tutelares

ni sobre el procedimiento de decidir su aplicación, porque ello dependerá de la situación de cada país. Donde la hospitalización obligatoria en un establecimiento psiquiátrico esté supeditada a un mandato del juez, las decisiones que tengan que recaer sobre la tutela externa serán también de incumbencia de la autoridad judicial, mientras que, en los países en que la hospitalización obligatoria dependa de los parientes próximos y de los psiquiatras, se aplicará probablemente el mismo criterio a la tutela.

Cualesquiera que fueren las disposiciones que regulen esa clase de «vigilancia» o tutela, habrá que prever un sistema fácil de apelación y una autoridad encargada de tramitar el recurso. Hay que señalar, por último, que la tutela propuesta por el Comité no se concibe más que allí donde existan buenos servicios psiquiátricos externos. En caso de existir esos servicios, estima el Comité que el sistema debe merecer un examen atento por parte de cualquier gobierno deseoso de implantar una nueva legislación en materia de salud mental.

### 5. Organización del servicio psiquiátrico

El Comité describió ya con algún detalle, en su tercer informe,<sup>1</sup> los servicios psiquiátricos públicos que conviene establecer. El desarrollo adecuado de esas instituciones requiere la creación de una autoridad central y de unas autoridades locales en materia de salud mental. Aunque la competencia del legislador no se extienda hasta precisar los detalles de los servicios públicos, le incumbe la implantación de las autoridades centrales y locales y la definición de sus atribuciones. Cuestiones son éstas que no podrán ser examinadas a fondo en este informe, porque su solución depende en buena parte de la estructura política y de las costumbres y tradiciones de cada país.

Lo que sí puede hacerse ahora es precisar las atribuciones generales de esas autoridades y poner de relieve el principio de que la legislación no será efectiva mientras no se establezcan órganos idóneos de inspección que garanticen el buen funcionamiento de los servicios teniendo presentes más el tratamiento y el bienestar del enfermo que el aspecto limitado y secundario de las garantías de su libertad individual.

#### 5.1 *La autoridad central*

El Comité recomienda que, en todo país donde exista una autoridad sanitaria nacional, forme parte de ella el organismo central encargado de

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73

los servicios psiquiátricos.<sup>1</sup> La composición de ese organismo, el lugar que haya de ocupar en el conjunto de la administración sanitaria, y sus relaciones con los demás servicios, son cuestiones que dependen de los caracteres particulares de cada administración sanitaria nacional, y el Comité entiende, por consiguiente, que no tiene competencia para examinarlos, pero recomienda que se dedique especial atención a este asunto en cualquier estudio sobre la estructura y funciones de la autoridad sanitaria central que pueda emprender el Comité de Expertos en Administración de Salud Pública.

Incumbe a la autoridad central determinar los principios a que ha de obedecer el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos y de los servicios externos, y definir las normas técnicas para unos y otros. Esos principios y esas normas, que no sólo se aplicarán en los establecimientos públicos, sino que podrán servir también como criterio de valoración de las instituciones psiquiátricas independientes, han de inspirarse en los conocimientos y los métodos modernos, por lo que conviene instituir un órgano consultivo que asesore a la autoridad central encargada de los servicios psiquiátricos.

La competencia de la autoridad central ha de extenderse también a las cuestiones relativas al presupuesto, y disponer de un servicio de fiscalización financiera bastante eficaz para asegurar el buen empleo de los fondos que la administración central destine a las autoridades locales de salud mental y a los establecimientos psiquiátricos independientes, y para impedir que se apliquen a actividades que no se ajusten a las normas técnicas establecidas.

Otra de las principales atribuciones de la autoridad central es la inspección. Los funcionarios encargados de ella han de ser médicos especializados en psiquiatría y deben tener facultades ilimitadas para cumplir su misión en todas las instituciones psiquiátricas, públicas o privadas, estén o no subvencionadas por el Estado.

Es importante evitar que los inspectores dependan del departamento de la autoridad central sobre salud mental que está encargado de la dirección de los servicios de hospitalización. Conviene, pues, que en sus informes den cuenta directamente de sus trabajos al jefe superior del ramo de sanidad. Cuando exista en el ministerio de salud pública un servicio central de inspección de todas las actividades sanitarias, como ocurre en algunos

---

<sup>1</sup> En ciertos países de constitución federal, muchas de las funciones aquí estudiadas están delegadas en los Estados constituyentes (cantones, Länder, etc.), en cuyo caso la administración sanitaria central, en lugar de ser única, puede depender del Estado respectivo. Es aconsejable, en tales casos, que los servicios psiquiátricos dependan de la autoridad sanitaria central y que las atribuciones que se indican más adelante sean asumidas, en todo o en parte, por esta autoridad.

países, puede ser útil que los inspectores de salud mental estén incorporados a él.

La compilación de estadísticas nacionales sobre psiquiatría debería ser otra de las atribuciones de la autoridad central sobre salud mental, cuando no se encargue de ella una organización central de estadística sanitaria.

Aunque se trata de una actividad que no está directamente relacionada con los servicios psiquiátricos, la autoridad central sobre salud mental debe también asesorar oficialmente en esa materia a todos los servicios gubernamentales. Sus responsabilidades en ese aspecto son mayores de lo que generalmente se cree. Sin salir del mismo ministerio de sanidad, es fácil señalar muchas actividades que tienen repercusiones de importancia en los problemas de salud mental, como, por ejemplo, la higiene materno-infantil, la lucha contra las enfermedades venéreas, la lucha antituberculosa y los servicios generales de hospitales. En las conexiones de todos esos servicios con los problemas psiquiátricos, la autoridad central de salud mental debería dar oficialmente su dictamen, asesoramiento que, con el mismo título, habría de extenderse a las actividades de todos los demás ministerios en cuanto se refiera a la salud mental. Esta función consultiva interministerial pone una vez más de manifiesto la necesidad de un órgano consultivo que disponga de un número suficiente de asesores competentes en cuestiones técnicas.

También es conveniente que la autoridad central pueda facilitar servicios consultivos en asuntos técnicos a las autoridades locales y a las instituciones psiquiátricas. Se le habría de encomendar además el fomento y estímulo de la formación profesional, de la educación del público, y de la investigación de todos los aspectos de la higiene mental que puedan contribuir al desarrollo de unos servicios psiquiátricos satisfactorios.

Es recomendable igualmente la creación de un instituto de salud mental que actúe a la vez como centro de coordinación y de estudios, y como órgano científico asesor de los diversos servicios psiquiátricos y de los demás ministerios (de trabajo, educación, justicia, etc.).

La autoridad central debería seguir de cerca los efectos de la aplicación de las leyes y reglamentos en vigor, con objeto de aconsejar al Gobierno una modificación de los mismos, cuando sea evidente que se quedan a la zaga de los progresos que realicen la teoría y la práctica de la psiquiatría.

Entiende, en fin, el Comité que la persona que asumiera la jefatura superior de la autoridad central de salud mental debería ser un médico con formación y experiencia suficientes en psiquiatría. Puede parecer sorprendente que semejante recomendación sea necesaria, pero todavía existen países donde esas funciones han sido confiadas a quienes carecen

de formación técnica y de experiencia en la labor propia de los servicios que están encargados de dirigir.

### 5.2 *La autoridad local*

La autoridad responsable de los servicios locales de salud mental debería formar parte del órgano sanitario de la localidad, y estar bajo la dirección de médicos que tengan formación y experiencia psiquiátricas suficientes. Debería asumir la responsabilidad de la administración de los servicios públicos psiquiátricos, de la coordinación de las actividades de los hospitales públicos y privados para enfermos mentales, y de los servicios externos; y actuar como órgano consultivo en la concesión de subvenciones públicas a los hospitales psiquiátricos independientes.

La inspección de los establecimientos de salud mental constituye otra importante atribución de las autoridades locales. Como los del servicio central, los inspectores deberían tener la formación y la experiencia psiquiátricas adecuadas.

También corresponde a la autoridad local la responsabilidad del ingreso de los enfermos recalcitrantes y de la «tutela» de los demás (véase página 15). Esa responsabilidad será mayor o menor según el criterio que prevalezca en cada país sobre el internamiento de los enfermos recalcitrantes, es decir, según se actúe en virtud de un mandato del juez o a base del dictamen médico.

Las autoridades locales, lo mismo que la central, deben desempeñar funciones consultivas en cuantas cuestiones de carácter psiquiátrico puedan plantearse en servicios ajenos a las actividades sanitarias. Así ocurre sobre todo en ciertos aspectos de los sistemas de educación, de la protección social a los niños, y de algunos problemas relacionados con la industria y el trabajo. Dos razones hacen muy aconsejable que las leyes confirmen la función consultiva de las autoridades locales en materia de higiene mental: una es que muchos países respetan escrupulosamente la jurisdicción de los distintos departamentos, lo que, a falta de un precepto legislativo expreso, puede hacer en ocasiones difícil que la autoridad de salud mental tenga por sí misma ocasión de dar su dictamen; y otra estriba en la conveniencia de evitar que los servicios de salud mental extiendan inútilmente sus actividades ocupándose de cuestiones que pueden ser tratadas sin inconveniente por otros servicios menos especializados.

La educación de los niños débiles mentales puede servir de ejemplo. Una solución de ese problema consiste en crear instituciones especiales para ellos dentro de los servicios sanitarios y descargar así a los servicios docentes de la obligación que tienen de educarlos. Pero el Comité Mixto de Expertos sobre la Infancia Mentalmente Deficiente ha considerado preferible recomendar esta otra solución: hacer responsables de la educación

y formación profesional de *todos* los niños a los servicios de enseñanza, y dar a la autoridad sanitaria local atribuciones de asesoramiento técnico de los servicios docentes en todos los aspectos psiquiátricos de los problemas de la educación.<sup>1</sup>

Idéntica situación se produce dentro de los mismos servicios de salud pública. Muchos problemas parapsiquiátricos que se plantean en el ejercicio de las actividades sanitarias pueden resolverse mediante la ampliación de los servicios generales existentes, con el asesoramiento de especialistas psiquiátricos, o mediante el fomento de los servicios de salud mental. Los trabajadores sanitarios de los servicios de protección maternoinfantil y de higiene escolar, si han recibido formación adecuada y actúan con el asesoramiento de la autoridad local de salud mental, pueden muy bien resolver numerosos problemas secundarios de la psiquiatría infantil.

Uno de los aspectos más importantes de la actividad que incumbe a las autoridades locales de salud mental consiste en proporcionar la oportuna formación y asesoramiento al personal en funciones de los demás servicios locales, en particular a los que se ocupan de cuestiones relacionadas con la salud pública.

En su segundo informe,<sup>2</sup> hizo el Comité un examen a fondo de los problemas de salud mental que plantean las actividades sanitarias e indicó la considerable amplitud de las responsabilidades que incumben a la autoridad local de salud mental en el perfeccionamiento y el asesoramiento del personal sanitario del distrito.

Se ha referido el Comité anteriormente (véase página 17), al estudiar las atribuciones de la autoridad central, a la necesidad de que un órgano consultivo participe en la definición de las normas y principios que deban ser aplicados a los servicios psiquiátricos. En el plano local, que es donde radica la responsabilidad del funcionamiento de los servicios, es indispensable la participación del público. Para hacer efectiva esa participación habrá que tener en cuenta las costumbres y tradiciones de cada país. Se puede recurrir a la intervención del público en los consejos de administración de los hospitales, y en los comités de visita, o a otros procedimientos. En cualquier caso, la participación de los ciudadanos en la administración de los servicios locales de salud mental tiene gran importancia y puede modificar la actitud del público ante los hospitales psiquiátricos y convertir el temor que inspiran en una comprensión más clara de lo que son. Esa participación del público ha de ejercer además en los hospitales mismos una influencia beneficiosa.

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1954, 75, 21 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 75, 18 (sección B)

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1952, 31, 3

## 6. Principios en que ha de inspirarse la legislación sobre asistencia psiquiátrica

### 6.1 Generalidades

Los principios en que debe inspirarse una buena legislación en materia de salud mental se basan en la triple necesidad de disponer de servicios psiquiátricos adecuados, de asegurar el tratamiento de los enfermos, y de proteger a la sociedad. Aunque esas exigencias estén sujetas a cierta variación según los usos y costumbres de las diferentes colectividades, se pueden formular algunas normas de carácter general :

1. Cuando los hospitales psiquiátricos son malos, es preferible que no haya ninguno ; en consecuencia, la ley no sólo debe obligar a la autoridad central a que establezca las instalaciones y servicios necesarios para facilitar adecuado tratamiento psiquiátrico a todo el que lo necesite, sino que ha de exigir que los servicios psiquiátricos se ajusten a unas normas determinadas. En la práctica, los resultados que se obtienen, cuando la ley sobre salud mental fija esas normas, no son satisfactorios ; parece preferible que la legislación establezca un organismo encargado de preparar el reglamento de los servicios de salud mental, que deberá abarcar las siguientes materias :

- a) Número de médicos y de trabajadores sanitarios por volumen de población expuesta al riesgo. (La razón de ello está en que, según se hizo constar en el tercer informe del Comité,<sup>1</sup> conviene que el mismo equipo médicosocial esté encargado de todos los problemas de salud mental de una colectividad. Quiere esto decir que no basta que los reglamentos especifiquen el número y las condiciones profesionales del personal de los hospitales psiquiátricos, sino que es necesario además no separar las necesidades de los hospitales de las que tiene el conjunto de la comunidad.)
- b) Títulos y experiencia requeridos para ser considerado como especialista en psiquiatría.
- c) Capacidad máxima y óptima de los hospitales psiquiátricos (en el tercer informe del Comité se examinó el asunto <sup>2</sup>).
- d) Naturaleza de la inspección a que deben estar sometidos los establecimientos (cuando los reglamentos del servicio de inspección son

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73, 9 (sección 3.1.4)

<sup>2</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 73, 30 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 73, 29

rigurosos, permiten que la ley se inspire en un criterio más amplio para el ingreso en los hospitales).

2. La autoridad central deberá tener facultades para aprobar y autorizar el establecimiento de hospitales y otras instituciones de asistencia que puedan recibir enfermos mentales, y sólo se permitirá el funcionamiento de los establecimientos que hayan obtenido esa licencia. Se ha dicho ya que la inspección de los hospitales y servicios psiquiátricos debe depender directamente de la autoridad central. En ciertos casos, convendrá también que esta última pueda conceder y denegar subvenciones para tratamiento, enseñanza, investigación y otros fines.

3. La ley debe facilitar la participación del público en las actividades del hospital psiquiátrico, mediante comités de visita u otros procedimientos, y exigir que la dirección de los servicios y de los hospitales psiquiátricos esté confiada a médicos especializados en psiquiatría.

4. La legislación ha de disponer asimismo la creación de servicios de tratamiento externo para enfermos y débiles mentales, y contener disposiciones en favor de las familias que tengan que dar tratamiento psiquiátrico a alguno de sus miembros. Deberá fijar las condiciones necesarias para establecer la tutela de los pacientes que necesiten esa protección y, por supuesto, dictar las reglas que deban aplicarse en los hospitales para el ingreso y el alta de los enfermos.

5. A las autoridades encargadas de la enseñanza incumbe la obligación de crear los servicios docentes necesarios para todos los niños débiles mentales o que padezcan otra anormalidad.

6. Deben evitarse ciertas prácticas en los hospitales psiquiátricos. Las enfermedades mentales causan efectos perturbadores en la personalidad del paciente, y todas aquellas medidas que pueden rebajar su dignidad agravan el trastorno o, cuando menos, entorpecen la curación. En esa clase de medidas están incluidas las que exigen que se prive al enfermo de sus objetos personales (alianza de boda, dentadura postiza, lentes, cartera, agenda, reloj, etc.) o de su ropa. Las clasificaciones y la terminología humillantes para el enfermo son contraproducentes. Es perjudicial, por otra parte, establecer normas distintas de las que se aplican en la vida normal (por ejemplo, la separación por sexos a las horas de la comida, del recreo y del trabajo). Lo mismo ocurre con la instalación de los hospitales lejos de los núcleos urbanos, porque hace más difícil las relaciones de los enfermos con su familia y con la sociedad en general. El traslado de los pacientes a lugares muy distantes de su domicilio suele también entorpecer la curación y, en lo posible, conviene evitarlo.

Los medios físicos de sujeción y el aislamiento prolongado no son admisibles en un buen hospital psiquiátrico. Tales prácticas están en con-

tradición con los métodos humanos del tratamiento moderno ; y si se hace necesario recurrir a ellas, es señal de que el personal es insuficiente en número o en calidad, o de que los medios puestos a su disposición son inadecuados. Cuando se autorice el empleo de esas prácticas, habrá que someterlo a una rigurosa vigilancia médica ; pero es preferible que la ley lo prohíba.

#### 6.2 Clase de legislación que convendría adoptar en materia de salud mental

Teniendo en cuenta las dificultades con que tropiezan muchos países para modificar la legislación vigente en materia de salud mental (Francia, por ejemplo, aplica todavía en gran parte una ley de 1838, e Inglaterra, también en parte, una ley de 1890), y persuadido de la utilidad intrínseca de una buena legislación, el Comité ha estudiado las clases de legislación que podrían convenir mejor a las necesidades de diversos países. Por unanimidad se reconoció que la más eficaz sería una ley única sobre salud mental, aplicable a la vez a los enfermos y a los débiles mentales. Las leyes que establecen con detalle la naturaleza de los establecimientos que deben funcionar, o que fijan minuciosamente los requisitos aplicables a la asistencia médica y de enfermería, o las plantillas del personal necesario, constituyen más bien un obstáculo que una ayuda para el desarrollo de un buen servicio psiquiátrico. Mejor es que el detalle quede para los reglamentos y que la ley se limite a designar la autoridad encargada de establecerlos y de asegurar su aplicación.

Aunque el Comité no ha abordado las cuestiones de psiquiatría forense y de responsabilidad penal, cree oportuno advertir que, si bien deberá existir la posibilidad de trasladar a los enfermos mentales fácilmente de la cárcel al hospital psiquiátrico, no se debe nunca confiar a este último la custodia de los criminales peligrosos, los cuales deberán ser sometidos a tratamiento en establecimientos especiales.

En muchos países se podría probablemente hacer un uso mejor de las leyes y de los servicios sociales ya existentes para satisfacer las necesidades de los enfermos y de los débiles mentales. El Comité Mixto de Expertos sobre la Infancia Mentalmente Deficiente ha expuesto con todo detalle<sup>1</sup> las razones que abogan en favor de la integración de la mayor parte de los servicios especiales para esa clase de enfermos en unos servicios sociales de carácter más general y, a juicio del Comité de Expertos en Salud Mental, algunos de los argumentos empleados se aplican con igual pertinencia al caso de los enfermos mentales.

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1954, 75, 46 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 75, 41

## 7. Problemas que plantean algunas categorías de enfermos

### 7.1 *Débiles mentales*

El Comité está de acuerdo con las recomendaciones formuladas por el Comité Mixto de Expertos sobre la Infancia Mentalmente Deficiente, que se encargó de estudiar esa cuestión.<sup>1</sup> No hace falta una legislación especial para proteger a los niños débiles mentales ni a los demás niños anormales: la legislación general sobre protección y educación de los niños ha de ser suficiente. La legislación que impone determinadas obligaciones a unas autoridades que están ya ejerciendo sus funciones tiene, en principio, más probabilidades de estimular el bienestar social que una legislación especial encaminada a proteger de una manera particular a ciertas categorías de personas física o mentalmente deficientes. Los delincuentes mentalmente subnormales deben estar sometidos a las mismas leyes que los demás delincuentes, y las autoridades administrativas habrán de encargarse de crear los servicios necesarios para hacer frente a ese problema particular.

En cuanto a los adultos mentalmente débiles, las medidas que les sean aplicadas deben basarse, siempre que sea posible, en la aceptación voluntaria del tratamiento. Su ingreso voluntario en un hospital ha de ser, llegado el caso, tan fácil para ellos como para los enfermos mentales propiamente dichos, y el alta ha de estar rodeada de las mismas garantías y ofrecer facilidades análogas. El Comité entiende que los padres, lo mismo que un pariente, un amigo o la autoridad local, han de tener la facultad de hospitalizar a un enfermo aquejado de idiotez o de imbecilidad, sin necesidad de trámites legales. Los adultos que padecen una ligera insuficiencia mental han de poder ingresar en el hospital por su propia voluntad.

La insuficiencia mental no es por sí sola un estado que justifique la admisión obligatoria en un hospital y, si existieran servicios adecuados, la mayoría de los débiles mentales podrían muy bien permanecer en su domicilio.

El Comité hace suya una recomendación del Comité Mixto de Expertos sobre la Infancia Mentalmente Deficiente,<sup>2</sup> que establece una distinción entre los niños mentalmente débiles y aquéllos cuyo desarrollo emocional es incompleto o anormal, pero que tienen una capacidad intelectual corriente. Sería perjudicial para los niños de ambas categorías alojarlos en los

<sup>1</sup> Véase *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 75.

<sup>2</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 75, 6

mismos locales. Conviene, pues, crear establecimientos distintos para cada una de ellas.

### 7.2 Ancianos

El Comité no ha podido examinar con detenimiento los problemas que plantean la edad senil y sus psicosis. Es evidente que la necesidad primordial en este problema es la creación de servicios, a ser posible de capacidad reducida, que puedan integrarse fácilmente en la comunidad, y ofrezcan asistencia, tratamiento y ocupación apropiada a los ancianos que lo necesitan. En razón de la importancia cada día mayor de los problemas del envejecimiento, el Comité recomienda a la OMS que examine la posibilidad de crear un comité de expertos para estudiar todos los problemas sanitarios de la senectud.

### 7.3 Epilépticos

Si un epiléptico padece trastornos mentales, debe ser tratado como enfermo mental. Sin embargo, la mayoría de los epilépticos sólo necesitan asistencia y tratamiento médicos. El Comité ha estimado que no es aconsejable aislar a los epilépticos en establecimientos especiales. Si no pueden vivir con sus familias, es preferible instalarlos en comunidades junto a otras clases de enfermos que requieran asistencia. No parece necesario promulgar una ley especial, siempre que la legislación de carácter general reconozca a todos el derecho a una educación y a unas condiciones de trabajo adecuadas a sus propias aptitudes. La creación de centros locales de diagnóstico y tratamiento permitiría ocuparse a la vez de los pacientes que viven en sus hogares y de los que residen en comunidades especiales.

### 7.4 Alcohólicos

El tema del alcoholismo ha sido examinado por otros comités,<sup>1</sup> que han destacado la importancia de la educación del público y de los medios de tratamiento precoz como medidas más eficaces para hacer frente a ese problema. Mientras no se tomen esas disposiciones, las leyes sobre alcoholismo serán probablemente inoperantes. Es necesario, sin embargo, que la legislación permita someter a tratamiento a los alcohólicos peligrosos para sí mismos o para los demás. La mayoría de los miembros del Comité consideró que una legislación sobre tratamiento de enfermos mentales no ha de imponer el tratamiento obligatorio de los alcohólicos. Son los tribunales los que deberán decidirlo, cuando el interesado haya cometido actos delictivos bajo la influencia del alcohol.

<sup>1</sup> Véase *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.*, 1953, 42; 1954, 48.

### **8. Aplicación de los principios legislativos según las diferentes clases de organización social**

Los problemas fundamentales de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental son los mismos en todos los países, independientemente de la estructura y del grado de desarrollo económico que les sean peculiares. En cualquier caso hay que hacer lo siguiente :

- 1) Facilitar medios de asistencia y de tratamiento (prevención, formación del personal, organización de los servicios de tratamiento y asistencia);
- 2) establecer la tutela y la inspección médica de los enfermos y débiles mentales cuya capacidad de autonomía social sea insuficiente, y de los que constituyan un peligro para la sociedad.

Pero, si bien los problemas fundamentales son idénticos, el modo de resolverlos debe variar en función de la estructura social de cada país.

Ya se ha dicho al principio del presente informe que el concepto de enfermedad mental varía de una sociedad a otra, y que, incluso dentro de una misma sociedad, evoluciona con el transcurso del tiempo.

La ley debe ante todo estar en consonancia con las tradiciones culturales y jurídicas de la sociedad en que va a ser aplicada, adaptación que lleva consigo el peligro de perpetuar los usos consuetudinarios y de entorpecer, por consiguiente, la evolución. Es de suponer que se evitaría ese inconveniente adoptando disposiciones jurídicas que, sin dejar de adaptarse al actual estado de evolución de una sociedad, queden abiertas a las futuras transformaciones. Conviene, por consiguiente, introducir, en cada fase de la evolución, los elementos básicos de la fase siguiente, y modificar a su vez, en esta otra, el funcionamiento de las instituciones anteriores.

Es evidente, por ejemplo, que en una sociedad que considere al enfermo mental como un ser de naturaleza divina, o poseído al contrario por un espíritu demoníaco, se recurrirá en la mayor parte de los casos a los curanderos, que se atribuyen poderes religiosos, y que difícilmente podrá el psiquiatra prescindir de su colaboración. Pero, aun así, es aconsejable que se prevea, para una etapa ulterior, el control por los psiquiatras de las actividades que ejercen esos curanderos, y la reducción progresiva de las mismas.

De modo análogo, en algunos países donde persiste la convicción popular de que la enfermedad mental es, por naturaleza, peligrosa e incurable, los procedimientos judiciales son corrientes. Pero eso no impide que, al propio tiempo, se establezcan disposiciones reglamentarias que reconozcan a una autoridad puramente médica la facultad de decidir la hospitalización forzosa de un enfermo. Las medidas de coerción, por otra parte,

se reducen cada vez más al caso de los enfermos que, de hecho, son a un tiempo recalcitrantes y peligrosos.

Cabe afirmar que, en la actualidad, coexisten en casi todos los países tendencias muy modernas que presentan al enfermo mental como un miembro de la comunidad necesitado de ayuda y tratamiento, y supervivencias de culturas arcaicas que lo consideran como un loco (o alienado) cuyo estado exige ante todo medidas de segregación y de protección, tanto en beneficio suyo como en el de los demás. Esa coexistencia de leyes muy progresivas y de actitudes muy primitivas, que caracteriza a algunos países, es un hecho sorprendente. De modo inverso, en otros países se ha establecido con éxito una asistencia psiquiátrica muy eficaz, en tanto que la legislación refleja ideas anticuadas.

La conclusión que puede sacarse de cuanto antecede es que las nociones que tienen las masas populares sobre la enfermedad mental, incluso en las sociedades más adelantadas, son todavía muy primitivas, y que la legislación ha de esforzarse ante todo en favorecer la transformación de esas ideas sin oponerse a ellas de manera demasiado terminante.

El problema tiene dos soluciones prácticas: una es mantener las leyes antiguas y promulgar otras nuevas con objeto de hacer una aplicación cada vez más frecuente de las posibilidades ofrecidas por estas últimas, mientras van cayendo gradualmente en desuso las fórmulas anticuadas; y otra consiste en promulgar una ley o un reglamento que instituya un órgano permanente encargado de su revisión periódica. Se logrará así evitar, por una parte, la promulgación de leyes inaplicables a causa de su incompatibilidad con los conceptos y tradiciones locales, y, por otra parte, el retraso de la necesaria evolución de las ideas, impuesto por un sistema legislativo inmutable.

En resumen, los problemas planteados por la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales son relativamente sencillos. Se trata de proporcionar a esos enfermos los medios de tratamiento y, en su caso, la inspección médica y la tutela que convengan a sus necesidades sanitarias y a su inadaptación social. Los diferentes métodos que permiten resolver esos problemas son muy complejos, porque tienen que variar según la organización social de cada país. No existe ningún sistema que pueda ser aplicado a diferentes países, e incluso en un mismo país las soluciones que defienden los unos son combatidas por los otros. Cualquier sistema que se oponga a los conceptos culturales o jurídicos existentes es inaplicable. Parece, pues, aconsejable que se procure sobre todo establecer leyes sólidamente apoyadas en la respectiva tradición cultural y, al mismo tiempo, capaces de adaptarse a las posibilidades de evolución.

---

## SERIE DE INFORMES TECNICOS DE LA OMS

Desde enero de 1950, se han venido publicando en francés y en inglés, en la *Serie de Informes Técnicos*, los informes sobre los trabajos llevados a cabo por los diversos organismos que tienen por misión el asesoramiento técnico de la Organización: comités y subcomités de expertos de la OMS, comités mixtos constituidos con otras instituciones especializadas, y otros grupos consultivos o de estudio.

A partir de enero de 1955, esos informes se publican asimismo en español de manera regular. Varios informes publicados con anterioridad a esa fecha fueron traducidos y editados por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que actúa de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Informes publicados por la OSP :		Precio
Nº		\$
9.	(1953) <b>Higiene Mental</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (42 páginas)	0,50
10.	(1952) <b>Sanecamiento Ambiental</b> . . . . . Informe de la Primera Sesión del Comité de Expertos (33 páginas)	0,50
22.	(1952) <b>Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (35 páginas)	0,30
24.	(1951) <b>Enfermería</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (40 páginas)	0,40
30.	(1952) <b>Servicios de Higiene Escolar</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (40 páginas)	0,50
31.	(1952) <b>Higiene Mental</b> . . . . . Informe de la Segunda Reunión del Comité de Expertos (49 páginas)	0,50
41.	(1953) <b>Reglamento Sanitario Internacional</b> . . . . . Reglamento N° 2 de la Organización Mundial de la Salud (103 páginas)	1,50
42.	(1953) <b>Higiene Mental</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo (23 páginas)	0,50
48.	(1954) <b>Higiene Mental</b> . . . . . Segundo Informe del Subcomité de Alcoholismo (38 páginas)	0,60
53.	(1953) <b>Estadísticas Sanitarias</b> . . . . . Tercer Informe del Comité de Expertos (con inclusión del Segundo Informe del Subcomité de Registro y Presentación Estadística de Casos de Cáncer) (54 páginas)	0,60
55.	(1953) <b>Administración Sanitaria</b> . . . . . Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (46 páginas)	0,60
69.	(1954) <b>Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar</b> . . . . . Segundo Informe del Comité de Expertos (25 páginas)	0,30
91.	(1955) <b>Enfermería</b> . . . . . Informe de la Tercera Reunión del Comité de Expertos (31 páginas)	0,50

Informes publicados por la OMS :		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
92.	<b>Higiene de los Marineros</b> . . . . . Segundo Informe del Comité Mixto OIT/OMS			<i>En preparación</i>
93.	(1955) <b>Formación Profesional de Parteras</b> . . . . . Primer Informe del Comité de Expertos (24 páginas)	1/9	0,30	1,—
94.	(1955) <b>Alcohol y Alcoholismo</b> . . . . . Informe de un comité de expertos (15 páginas)	1/9	0,30	1,—
95.	(1955) <b>Drogas Susceptibles de Engendrar Toxicomanía</b> . . . . . Quinto Informe del Comité de Expertos (17 páginas)	1/9	0,30	1,—
96.	(1955) <b>Estandarización Biológica</b> . . . . . Octavo Informe del Comité de Expertos (20 páginas)	1/9	0,30	1,—
97.	<b>Nutrición</b> . . . . . Cuarto Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos			<i>En preparación</i>
98.	(1955) <b>Legislación en materia de Asistencia Psiquiátrica</b> . . . . . Cuarto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental (27 páginas)	1/9	0,30	1,—
99.	<b>Higiene de la Carne</b> . . . . . Primer Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos			<i>En preparación</i>