

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“Los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica: la falta de control judicial de los internamientos involuntarios de personas mayores de edad”.**

Trabajo final de investigación practicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Derecho Público para optar por el grado y título de la Maestría Profesional en Derecho Público

María Fernanda Rojas Arias

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2025

## **Dedicatorias**

A Dios, quien me continúa dando la dicha de estar viva.

A mis padres, Fanny Arias Marchena y Juan Diego Rojas Alfaro, quienes me han dado todo.

Los amo con toda el alma.

Al Lic. Adrián Torres Porter, mi amigo. Esta tesis es la suya.

## **Agradecimientos**

A Digna Marchena. La mejor abuela del mundo entero.

Al Dr. Rafel González Ballar y Dra. Laura Otero Norza por su fino aporte, apoyo e impulso.

Al Dr. Jerry Castro Trejos, por inspirarme a indagar los curiosos rincones de la mente humana.

Al MSc. Trejos. Sergio Trejos Robert. Que siempre logremos encontrar la felicidad junto al otro.

Y al Colegio de Médicos y Cirujanos de la República de Costa Rica, en donde producto del trabajo diario, sin determinarlo, han inspirado el desarrollo de esta tesis.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado en Derecho Público de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Derecho Público

---

Dra. Jacqueline García Fallas  
**Representante de Decanato**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**

---

Dra. Laura Otero Norza  
**Profesora Guía**

---

Dr. Jorge Olaso Álvarez  
**Lector**

---

Dr. Franz Vega Zúñiga  
**Lector**

---

Dr. Miguel Zamora Acevedo  
**Representante**  
**Programa de Posgrado en Derecho Público**

---

María Fernanda Rojas Arias  
**Sustentante**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Resumen</b>	<b>vi</b>
<b>Abstract</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de cuadros</b>	<b>viii</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Estado de la cuestión</b>	<b>6</b>
A) Tema y preguntas de investigación	6
B) Antecedentes	7
a) Fuentes formales	13
b) Fuentes empíricas	14
C) Justificación	16
a) Valor teórico	16
b) Marco metodológico	17
i. Valor cualitativo	17
c) Viabilidad	18
D) Objetivos de la Investigación	20
a) Objetivo General	19
b) Objetivos específicos	20
<b>Capítulo I</b>	<b>22</b>
A) Del derecho humano a la dignidad, la salud y la libertad de las personas con discapacidad: un recuento histórico de las normas que regulan los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.	23
B) Análisis técnico de conceptos fundamentales:	48

i.	Discapacidad	48
ii.	Trastorno mental y del comportamiento	55
iii.	Consentimiento informado	60
iv.	Internamiento Involuntario	68
<b>Capítulo II</b>		<b>71</b>
El tratamiento internacional de los internamientos involuntarios por trastorno mental.		
a)	Internamientos involuntarios en España	73
<b>Capítulo III</b>		<b>111</b>
El tratamiento de los Internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica.		
A)	Sobre los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica.	114
B)	Análisis comparativo entre las garantías constitucionales de las privaciones de libertad en el ámbito penal vs las garantías constitucionales producto de un internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en centros de salud.	130
C)	Del proceso de declaratoria de salvaguardia vs el proceso de internamiento involuntario en un centro de salud.	137
<b>Capítulo IV. De la posible responsabilidad internacional del Estado costarricense</b>		<b>150</b>
A)	Obligación del Estado de proteger a las personas con discapacidad	158
B)	Del carácter personalísimo y exigible de un consentimiento informado ante un internamiento hospitalario	164
C)	Del derecho a ejercer una defensa efectiva y a ser escuchados en los procesos de internamiento involuntario	168
<b>Conclusiones</b>		<b>170</b>
<b>Producto final</b>		<b>175</b>

A) Se presenta propuesta de reforma a la Ley General de Salud	174
B) Se presenta propuesta de reforma a la Ley Nacional de Salud Mental	176
C) Se presenta propuesta de reforma a la Ley Orgánica del Poder Judicial	181
<b>Bibliografía</b>	<b>184</b>
<b>Anexos</b>	<b>194</b>

## **Resumen**

Esta investigación, mediante un enfoque metodológico exploratorio, cualitativo, realista e inductivo, y el análisis de fuentes formales y empíricas, sustenta la necesidad e importancia del control administrativo y judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento que se llevan a cabo en Costa Rica, de modo que se garantice el respeto a los derechos humanos de libertad, salud y dignidad, en estricto apego a los derechos fundamentales reconocidos tanto nacional como internacionalmente. Para ello, se procederá con un análisis crítico y minucioso del tratamiento actual de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en nuestros centros de salud, el marco legal aplicable a los mismos, así como su ejecución, aplicabilidad, y un estudio de derecho comparado. Finalmente, se presenta como producto final un proyecto de reforma a la Ley General de Salud y a la Ley Nacional de Salud Mental que permita regular de una forma efectiva los internamientos involuntarios, sea esto, desde el punto de vista legal.

## **ABSTRACT.**

This research, which employs an exploratory, qualitative, realistic, and inductive methodological approach and analyzes formal and empirical sources, sustains the need for administrative and judicial oversight of involuntary hospitalizations for mental and behavioral disorders in Costa Rica. This oversight is intended to guarantee the human rights to liberty, health, and dignity, in strict adherence to fundamental rights recognized in national and international spheres. To this effect, a critical and exhaustive analysis will be conducted on the current treatment of involuntary hospitalizations in our healthcare centers, the applicable legal framework, its implementation, and a comparative law study. Finally, the research presents a proposed reform to the General Health Law and the National Mental Health Law to effectively regulate involuntary hospitalizations from a legal perspective.

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Cuadro comparativo de terminologías entre CIE-10 y CIE-11 .....	59
Cuadro 2. Egresos hospitalarios fugados según mes y pabellón Hospital Nacional de Salud Mental, enero a octubre 2023.....	118
Cuadro 3. Egresos fugados de unidad nuevos horizontes mixto según mes y sexo Hospital Nacional de Salud Mental, enero a octubre 2023 .....	119
Cuadro 4. Total ingresos voluntarios e involuntarios por sexo, Hospital Nacional de Salud Mental, 2018 a setiembre 2023.....	127

## Introducción

El presente trabajo de investigación aplicada evidencia la precaria regulación administrativa y judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y de comportamiento en Costa Rica, al no existir normativa clara, una instancia recursiva o procesos de revisión judicial para abordarlos.

Habiendo sido aprobada en segundo debate la Ley Nacional de Salud Mental el pasado martes 17 de octubre del 2023 con un voto unánime afirmativo de los 44 diputados<sup>1</sup>, el cual fue derivado del proyecto de Ley N.º 22430, “*Ley Nacional de Salud Mental*” ingresado a la corriente legislativa desde el pasado 10 de marzo del 2021, se reavivó el interés de los diputados salientes como los entrantes en el año 2022, en relación con la regulación especial de la salud mental en el país, replanteando también el tema concerniente a los internamientos en los centros de salud.

En el apartado de exposición de motivos del Proyecto de Ley supra mencionado, se detalló que la salud mental de los habitantes de un país es la base para el bienestar y el efectivo funcionamiento individual y comunitario de una nación. Se afirma que se trata de la piedra angular sobre la cual se desarrolla el ser humano, por lo cual, resulta imperante intensificar

---

<sup>1</sup> Periódico La Nación, “*Nueva Ley de Salud Mental ayudará a prevenir trastornos desde las comunidades, destacan psicólogos*” Por Ángela Ávalos Rodríguez, 18 de octubre 2023. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/nueva-ley-de-salud-mental-ayudara-a-prevenir/7ZOPEQ635JHN5JNFV37S6LLDMM/story/>

la lucha por la búsqueda de un goce pleno de vida, encaminado a la prevención y promoción de la salud mental.

El Proyecto de Ley plantea acciones preventivas a través de instituciones como las municipalidades, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, que, acorde a sus fines públicos encomendados, intensificaran la ardua lucha para garantizar el derecho constitucional a la salud, por medio de un acceso oportuno a los servicios de salud mental.

En sus primeras versiones, el proyecto de ley abarcó el tema de los internamientos involuntarios en el país, estableciendo que estos debían de concebirse como un recurso terapéutico excepcional, en caso de que no sea posible un abordaje ambulatorio, que dicho internamiento involuntario debía ser solicitado y aprobado por dos profesionales de diferentes disciplinas, de los cuales, uno de ellos debía ser psicólogo o psiquiatra, y, que se debían realizar solo en caso de que dicho paciente representara un riesgo inminente para sí o para terceros.

Además, en estas primeras versiones se planteó que, en caso de que una persona fuera internada en contra de su voluntad, se le debía designar un abogado y debía contar con los mecanismos necesarios para oponerse a dicho internamiento. El proyecto de ley además proponía un proceso de control judicial, que, si bien tenía sus falencias, se trataba de un inicio en el resguardo de los derechos constitucionales de los pacientes que fueran internados involuntariamente.

Sin embargo, en las versiones posteriores del proyecto, así como en la versión final<sup>2</sup> de la **“Ley Nacional de Salud Mental”**, parece haber quedado en el olvido el tema de los internamientos involuntarios, así como su debido proceso, ya que lo mismo fue eliminado, manteniéndose la necesidad de emitir regulación al respecto.

Se puede observar del expediente legislativo 22.430 supra mencionado, que cuando la Comisión Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa hizo la consulta a la Corte Suprema de Justicia, esta Corte se limitó a señalar que, en cuanto a la instauración de este nuevo proceso de control judicial de control, el proyecto no brindaba una definición clara del procedimiento y de las facultades de la persona juzgadora en el abordaje de estos nuevos asuntos, que se trataba de un proceso que implicaría un aumento en las cargas de trabajo para la jurisdicción de familia y otras dependencias institucionales como Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial y/o el Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, y que el proyecto no detallaba la forma en la que se iban a obtener los recursos para cubrir la implementación de estas nuevas funciones<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Ley Nacional de Salud Mental. Redacción Final. Expediente 22430. 12 de octubre del 2023. Asamblea Legislativa. [https://d1qqtien6gys07.cloudfront.net/wp-content/uploads/2023/10/Dictamen\\_22430REDACCION-FINAL.pdf](https://d1qqtien6gys07.cloudfront.net/wp-content/uploads/2023/10/Dictamen_22430REDACCION-FINAL.pdf)

<sup>3</sup> Corte Plena, Corte Suprema de Justicia. Acuerdo sesión N° 19-2022 celebrada el 25 de abril de 2022. **“Por eso señalo que la propuesta de ley afecta la organización y el funcionamiento del Poder Judicial, por cuanto insta una cooperación del Organismo de Investigación Judicial con los centros de atención de salud mental. Además, establece un nuevo proceso especial sumario que se le atribuye a la jurisdicción de Familia, sin una definición clara del procedimiento y de las facultades de la persona juzgadora en el abordaje de estos nuevos asuntos. La tramitación de este proceso implicaría un aumento en las cargas de trabajo para dicha jurisdicción y otras dependencias institucionales, como Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial y/o el Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial. Actualmente, la intervención judicial únicamente se prevé en casos de internamientos no voluntarios, cuyo propósito principalmente es el**

Dicho esto, se percibe una postura de poco involucramiento por parte de la Corte Suprema de Justicia, quien no brinda una participación activa, ni analiza la necesidad real de contar con estas garantías procesales, ni la importancia constitucional que esto reviste, si no que se limita a decir ¡Nada nos queda claro, nos aumenta el trabajo y no hay plata!

Tomando en cuenta lo anterior, y producto de las sesiones de trabajo lideradas por la Diputada Andrea Álvarez, a las cuales asistieron personeros de la Caja Costarricense del Seguro Social, del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, el Colegio de profesionales en Psicología, entre otros, se optó por omitir la regulación de los internamientos involuntarios, motivo por el cual, la nueva “Ley Nacional de Salud Mental” es omisa al respecto.

Sumado a lo anterior, producto de una entrevista con la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres se ha logrado identificar que la intervención de los Jueces de Familia en el control judicial de los internamientos involuntarios es nulo en Costa Rica, siendo que estos

---

*de asegurar a las personas con trastornos mentales y de comportamiento el ejercicio pleno de su derecho a la autonomía personal, en igualdad de condiciones con los demás, pero la propuesta promueve la intervención de los Juzgados de Familia en todos los supuestos en que el internamiento de la persona sobrepase los 60 días naturales sucesivos. Esta atribución, sin duda, implicaría un aumento significativo de trabajo para la jurisdicción de Familia y otras dependencias institucionales, sin que el proyecto contemple alguna provisión de recursos materiales para que la institución implemente y cumpla esa nueva función”.*

han manifestado su imposibilidad de intervenir, dada la inexistencia de una norma legal que así lo disponga, con base en el principio de juez natural o juez ordinario.

Esta situación ha despertado el interés de la suscrita a fin de señalar las lagunas legales que esto mantiene en la legislación costarricense y cómo opera el tratamiento del internamiento involuntario sin contar con una normativa clara que lo regule.

Siendo así, hecho el estudio preliminar del caso, se ha evidenciado la carente regulación legislativa, reglamentaria y protocolaria de los procesos de internamiento involuntario y la falta de claridad en cuanto al proceder que deben llevar a cabo los centros de salud para garantizar los derechos humanos de las personas sujetas a estos procedimientos y contar con un control judicial de los internamientos involuntarios. Sumado a lo anterior, no existe una norma legal específica que dé una definición clara del procedimiento y de las facultades de la persona juzgadora en el abordaje de los internamientos involuntarios.

Es por ello que el presente trabajo de investigación hará un abordaje histórico del tratamiento de los internamientos involuntarios en España, a fin de hacer una comparación entre el proceso español y el costarricense. Se analizará el proceso de internamiento actual en Costa Rica, se determinará si este proceso es armónico con el derecho a la salud y a la libertad y, además, no podrá dejar de analizarse si existen posibilidades reales de ejecutar un proceso de internamiento involuntario y de control judicial en el sistema costarricense.

## **Estado de la cuestión**

### **A) Tema y preguntas de investigación**

#### **Tema**

“Los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica: la falta de control judicial de los internamientos involuntarios de personas mayores de edad”

#### **Preguntas de investigación**

1. ¿Existe control judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales en centros de salud de Costa Rica?
2. ¿Cuál es el concepto de trastorno mental?
3. ¿Existe un órgano que se encargue de revisar el acto médico, así como la pertinencia y legalidad de los internamientos involuntarios por trastornos mentales?
4. ¿Existe un mecanismo de seguimiento y revisión de los internamientos involuntarios y cuál es la periodicidad con la que se realiza?
5. ¿Cuál es el procedimiento actual de los internamientos involuntarios por trastornos mentales en los centros de salud de Costa Rica?

6. ¿Cuáles son los presupuestos para que sea procedente un internamiento involuntario?
7. ¿El procedimiento de internamiento involuntario en centros de salud de Costa Rica presenta roces de inconstitucionalidad o violenta derechos humanos?
8. ¿Cuál ha sido la regulación que se le ha dado a los internamientos involuntarios por trastornos mentales en España?
9. ¿La persona garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad se encuentra legitimado para brindar el consentimiento informado para el internamiento involuntario?
10. ¿La interposición de un proceso de salvaguardia, aplica a todo tipo de pacientes con trastorno mental que requieran de un internamiento involuntario en un centro de salud?
11. ¿La naturaleza de una declaración de estado de salvaguardia es compatible con el tratamiento de un internamiento involuntario por trastorno mental?
12. ¿Una persona internada involuntariamente queda automáticamente impedida de disponer o administrar sus bienes?
13. ¿Qué tipo de responsabilidad acarrear tanto instituciones públicas como privadas por la práctica de procedimientos de internamiento involuntario que puedan violentar los derechos fundamentales de las personas?

## **B) Antecedentes**

En el presente apartado se citarán algunos antecedentes relevantes que abarcan el tema de los internamientos involuntarios por trastornos mentales, el primero a nivel internacional y los siguientes a nivel nacional.

El primer antecedente resulta de gran relevancia al encontrarse citado en mucha jurisprudencia española y tomado como base para la resolución de los conflictos presentados en relación con el control judicial de los internamientos involuntarios. Se cita el siguiente extracto del Caso Winterwerp vs Países Bajos:

*“El Sr. Fritz Winterwerp, residente de Holanda, contrajo matrimonio en 1956 del que tuvo varios hijos. Fue confinado en un hospital psiquiátrico en 1968, por orden del Alcalde en aplicación de un procedimiento de urgencia. Seis semanas después, como consecuencia de una acción de su esposa, fue confinado de nuevo en el mismo hospital por mandato del Tribunal de Distrito de su lugar de residencia. Con motivo de una petición ulterior de su esposa y subsiguiente requerimiento del fiscal, el mandato fue renovado anualmente por el Tribunal Regional en base en informes médicos del doctor que trataba al demandante. El sr. Winterwerp denuncia las actuaciones seguidas en su caso, alegando en concreto que nunca fue oído, ni le fueron notificados los autos de los diferentes Tribunales, tampoco recibió asistencia legal alguna y que, por último, no tuvo ocasión de impugnar los informes médicos. Al mismo tiempo sus reclamaciones*

*también van dirigidas sobre las providencias recaídas sobre sus peticiones de descargo y contra la pérdida de su capacidad civil<sup>4</sup>”.*

En el caso anterior, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió que las diversas decisiones que ordenaron y autorizaron la detención del señor Winterwerp fueron dictadas por organismos que no poseían las características de un Tribunal, y no se proporcionaron las garantías del procedimiento judicial exigidas por el artículo 5.4<sup>5</sup> del Convenio Europeo de los Derechos Humanos y de las Libertades fundamentales que dicen expresamente que toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal.

En dicho caso también se determinó que el señor Winterwerp no tuvo la oportunidad de tener un representante legal ni de ser escuchado en cuanto a sus peticiones. Su internamiento en un centro de salud fue de aproximadamente diez años.

Ahora bien, como antecedente costarricense, se cita la resolución N° 09478 - 2000 de las ocho horas con cincuenta minutos del 27 de octubre del año 2000 de la Sala Constitucional.

En dicha resolución se resolvió un recurso de habeas corpus interpuesto por una mujer por

---

<sup>4</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso Winterwerp v. Países Bajos. Sentencia del 24 de octubre de 1979. Traducción del Inglés por Antonio Carlos Pereira Maneut.

<sup>5</sup> “Artículo 5. Derecho a la libertad y a la seguridad. *“4. Toda persona privada de su libertad mediante arresto o detención tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su detención y ordene su puesta en libertad si dicha detención fuera ilegal”.* [https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention\\_spa](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa)

haber sido internada en contra de su voluntad, en el aquel entonces llamado Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres por 10 días.

Los hechos narran que el hijo de esa mujer se comunicó con el Hospital supra mencionado, por considerar que su madre presentaba un trastorno mental y solicitó que fuera trasladada al centro médico para su debida atención. Posterior a ello, en apariencia, tres funcionarios de dicho centro hospitalario se presentaron en la casa, trasladaron a la señora en contra de su voluntad al centro de salud, allí fue valorada por un profesional en medicina y este ordenó su internamiento.

Una vez la señora es egresada del Hospital por orden médica, esta acude a la sede penal a interponer una denuncia por privación de libertad, así como a la Sala Constitucional a interponer un recurso de habeas corpus, en donde afirmó haber sido internada de forma involuntaria, sin que se contara con una orden judicial o una orden médica. La denuncia penal fue desestimada al considerarse que los funcionarios del Hospital actuaron acorde a sus labores y el recurso de habeas corpus es declarado sin lugar al considerarse que, si bien es cierto, los recurridos trasladaron a la amparada contra su voluntad al Hospital Nacional Psiquiátrico, esta actuación se debió a la solicitud expresa del hijo de la recurrente y por razones de salud, lo cual se tuvo por corroborado con el hecho que al ingresar en el hospital, un profesional en medicina ordenó su internamiento.

La recurrente afirmó haber sido atada e inmovilizada, haber recibido fármacos para ella desconocidos, haber sido víctima de violencia al ser desnudada y bañada en presencia de personal del Hospital y de otros pacientes. Además, afirmó que le fue negada información relativa a las razones de su internamiento, a los motivos por los cuales se le suministraban fármacos o sus posibles efectos. Asimismo, sostuvo que, de forma reiterada solicitó su egreso del Hospital, pero que sus solicitudes fueron rechazadas por los profesionales en medicina y que se le mantuvo incomunicada sin la posibilidad de llamar a su madre, su familia o a un abogado que la pudiera asistir o brindar auxilio legal.

El recurso de habeas corpus fue declarado sin lugar, en vista de que no existía prueba que desvirtuara lo señalado por las autoridades recurridas bajo fe de juramento, no fue posible constatar que se hubiera producido la alegada privación de libertad ilegítima, ni tampoco que la recurrente hubiera recibido tratos humillantes o degradantes. En esa ocasión, la Sala Constitucional determinó que la tutelada estaba inconforme con los criterios médicos, sin embargo, afirmó que esa no era una discusión que debía ser dilucidada en la instancia constitucional por tratarse de criterios técnico-médicos ajenos al ámbito de la competencia de la Sala.

En el mismo orden de ideas, se cita la resolución 2021-027669 de las nueve horas con cinco minutos del 09 de diciembre de 2021 de la Sala Constitucional, donde se resolvió un recurso de amparo interpuesto por un hombre que alegó haber sido internado involuntariamente por 16 días y haber sido víctima de abusos en el Hospital Nacional de Salud Mental. Los personeros del Hospital en cuestión manifestaron que el internamiento y el tratamiento

suministrado se hizo en estricto apego a los criterios médicos y al estado de manía con psicosis, irritabilidad, agresividad, descompensación y deambulación por las calles que tenía el paciente, motivo por el cual se justificó el internamiento en contra de su voluntad, a fin de garantizar que el recurrente recibiera el tratamiento requerido y garantizar la seguridad de terceros. Dicho recurso de amparo fue declarado sin lugar.

En relación con los antecedentes de resoluciones judiciales en Costa Rica, también se estudiaron las resoluciones 13378 – 2010, 01577 – 2013, 04375 – 2013, 6666 – 2013, 24716 - 2020, 5768 – 2021, 27652 - 2021 de la Sala Constitucional, donde se resolvieron recursos de amparo en relación con el internamiento involuntario de un paciente en el año 2009, sin embargo, los amparos son interpuestos por violación al derecho de respuesta, más no por la privación de libertad propiamente<sup>6</sup>.

Además, aunque no es el objeto de la investigación, se estudió el Voto 576 - 2017 del Tribunal de Familia en relación con los internamientos de personas menores de edad producto de un proceso especial de protección, tanto en sede administrativa como judicial, regulados en la Ley 7739, Código de Código de la Niñez y la Adolescencia. En dicha resolución se narra un caso de una persona menor de edad que, en apariencia, presentaba un problema de consumo de sustancias, la cual fue internada involuntariamente en una institución de ayuda

---

<sup>6</sup> Sala Constitucional. Resolución 13378 - 2010 de las 17:36 horas del 10 de agosto de 2010. ***“Luego de analizar la documentación aportada, así como las manifestaciones de las autoridades recurridas, esta Sala Constitucional corrobora que, efectivamente, el tutelado ha presentado, de manera insistente y reiterativa, un número desproporcionado de gestiones, ante la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico, lo cual constituye, sin lugar a dudas, un ejercicio abusivo del derecho de petición”.***

al adicto. En ese caso los representantes legales acudieron de forma directa a la vía judicial, sin acudir al Patronato Nacional de la Infancia para que se dictara una medida administrativa de protección. El Tribunal de Familia concluyó que omitir la vía administrativa resultaba improcedente, y que debía el Patronato Nacional de la Infancia de dictar la medida administrativa, abordar a la joven y su núcleo familiar y es solo después de que se comprobara que éste abordaje no había dado resultado que se debía acudir a la vía judicial, lo cual puede dar una pincelada tanto de las vías administrativas como judiciales que regulan los internamientos de las personas menores de edad, sin embargo, para efectos de la presente tesis, se enfocará específicamente en los internamientos involuntarios de las personas mayores de edad por trastornos mentales y del comportamiento, que parecen no tener una regulación.

Con base en estos antecedentes relevantes, es posible concluir que son los profesionales en medicina, específicamente los especialistas en psiquiatría, quienes producto de un acto médico, ordenan los internamientos involuntarios en Costa Rica, sin que exista evidencia en relación con el control judicial de esos internamientos. De igual forma, es posible concluir que los procesos judiciales presentados fueron rechazados o archivados, cuando se encontró de por medio un criterio médico que avalara el internamiento involuntario.

#### **a) Fuentes formales**

La presente investigación se servirá fundamentalmente de la doctrina en relación con el tratamiento judicial que se les ha dado a los internamientos involuntarios en España, de la cual se analizarán las garantías procesales ahí reguladas, así como la base legal que faculta la orden de dichos internamientos. Principalmente se analizará la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español y los pronunciamientos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sumado a lo anterior, se analizará la normativa costarricense existente en relación con los internamientos involuntarios, a fin de determinar si se garantiza el respeto a los derechos humanos de estos pacientes como grupo vulnerable. Cada fuente formal provee los elementos teóricos y prácticos necesarios para dar respuesta a las preguntas de investigación, brindando un acercamiento a la problemática existente en cuanto a la falta de control judicial de los internamientos involuntarios en Costa Rica.

#### **b) Fuentes empíricas**

La presente investigación se servirá de fuentes empíricas que resultan fundamentales, por medio de las cuales se busca explorar a partir de entrevistas y recabar los criterios expertos que detallan la realidad del manejo de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en el país, a fin de buscar una solución práctica a la necesidad de un control judicial, así como de una práctica implementación por parte del personal de salud.

La muestra de criterios expertos se centra en los dos Hospitales de Salud Mental que existen en Costa Rica, siendo estos el Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut y el Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres.

En el primer centro de salud, se entrevistó a la Dra. Carolina Montoya Brenes, Directora General de la Dirección Médica y en el segundo, se entrevistó a la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica, ambas profesionales en medicina y especialistas en psiquiatría. Además, se entrevistó al Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos, especialista en psiquiatría y sub especialista en Neuropsiquiatría, en calidad de funcionario del Hospital de San Carlos, Alajuela. La intervención de profesionales en medicina es elemental a fin de aclarar los criterios técnicos que se utilizarán en el presente trabajo de investigación, así como comprender el trámite regular de un internamiento involuntario en Costa Rica.

Sumado a lo anterior, se entrevistó al Dr. Jorge Olaso Álvarez, Magistrado de la Sala Segunda de la Corte Suprema de la Corte Suprema de Justicia, en donde se le expuso la problemática en relación con la falta de control judicial de los internamientos involuntarios y se recabó información en relación con el papel que tienen los jueces de familia en aplicación del artículo 30 de la Ley General de Salud. La intervención del Dr. Olaso resultó elemental para el desarrollo del presente trabajo de investigación como magistrado del máximo órgano en materia de derecho de familia en Costa Rica.

Por último, se entrevistó al MSc. Sergio Trejos Robert, Master en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica y Fiscal de la República activo actualmente en la Fiscalía Adjunta del Primer Circuito Judicial de Puntarenas, quien detalló su experiencia en la vía de flagrancia y la vía ordinaria, en relación con los derechos con los que cuenta una persona cuando es puesta a la orden de las autoridades en materia penal, a fin de hacer una comparación con los derechos con los que cuentan las personas en caso de un internamiento involuntario.

### **C) Justificación**

#### **a) Valor teórico**

Producto del ejercicio profesional como asesora legal del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, he logrado identificar la insuficiencia de regulación en cuanto a la figura de internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica y la falta de claridad que tiene el personal de los centros de salud, sobre el control judicial que deben respetar los internamientos que realizan. De igual forma, se evidencia la falta de coordinación entre los centros de salud y la Corte Suprema de Justicia, en relación con el tratamiento y seguimiento de los internamientos involuntarios.

El presente trabajo de investigación tiene por justificación evidenciar la necesidad de la emisión de normas legales que regulen el control judicial de los internamientos involuntarios en el país, siendo que hasta la actualidad, dicho tema ha sido regulado a nivel interno de los

Hospitales, con los recursos que les han sido asignados, sin que exista un verdadero control por parte de una autoridad judicial, que revise estos internamientos y que garantice que no se violenten los derechos humanos de los pacientes como grupo vulnerable, es decir, que se garantice en todo momento la protección de los derechos fundamentales de la persona.

## **b) Marco Metodológico**

### **Valor cualitativo**

El tipo de investigación que responde a la problemática identificada es la investigación cualitativa exploratoria con pinceladas cuantitativas.

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, toda vez que se sirve de datos no numéricos, con una evidente proyección hacia la exploración, descripción y comprensión de experiencias de profesionales en salud que han tenido contacto directo con los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento, acompañado del estudio de doctrina internacional como al trato que se le ha dado a nivel nacional.

En su mayoría interesa el enfoque cualitativo, sin embargo, sí fue necesario acudir a aspectos cuantitativos como determinar la cantidad de internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento que se llevan a cabo en Costa Rica, los principales

padecimientos que justifican un internamiento, así como determinar cuántos de esos casos de internamientos son debidamente comunicados a las autoridades judiciales y llevan un debido control judicial.

En primera instancia, se llevó a cabo el estudio y análisis de las fuentes formales relativas al tema, siendo esta normativa tanto nacional como internacional, asimismo se acudió a la doctrina y el derecho comparado, a fin de delimitar el estado actual de la cuestión y precisar los conceptos técnicos necesarios que permitan una mejor comprensión del tema. De igual forma, se requirió de la solicitud de datos estadísticos en cuanto a la cantidad de internamientos involuntarios que se practican en el país en todos los centros de salud, así como los diagnósticos médicos por los cuales se realizan, a fin de precisar la justificación de una debida regulación de dichos internamientos.

### **C) Viabilidad**

La viabilidad de la implementación del producto final del presente trabajo de investigación debe ser dividida en dos partes. La primera, es la viabilidad de implementación en relación con la compatibilidad que tiene un Estado Social de Derecho como Costa Rica en estricta atención a los derechos fundamentales regulados en nuestra Constitución Política y la propuesta final del presente trabajo de investigación.

En cuanto a este primer tipo de viabilidad, se afirma que sí es viable, siendo que al ser Costa Rica un país democrático, respetuoso de los derechos humanos como la libertad y la salud, es de esperar que una reforma legal que busque garantizar un debido proceso y el ejercicio efectivo del derecho de defensa para los afectados en un internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en un centro de salud, sea de buena acogida por parte del legislador, así como que se cuente con la participación activa y el apoyo por parte de la Corte Suprema de Justicia, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

Un segundo tipo de viabilidad, sería desde el punto de vista de la capacidad que tenga la economía costarricense, en específico, la capacidad que tenga para dotar de recursos a instituciones como a la Corte Suprema de Justicia y la Caja Costarricense del Seguro Social, para ejecutar una reforma de ley como la que será propuesta, ya que para ello se requerirá de jueces de familia disponibles las 24 horas del día, defensores en materia de familia, así como de la conformación de comisiones compuestas de profesionales en medicina, trabajo social y psicología, por medio de los cuales sea posible la implementación de un control judicial de los internamientos involuntarios, siguiendo modelos como el español.

Este segundo tipo de viabilidad se encuentra ligado a la necesidad de que exista una iniciativa por parte de todos los actores involucrados, quienes planteen propuestas y no trabas, para que sea posible la efectiva instauración del control judicial de los internamientos involuntarios.

De este segundo tipo de viabilidad, solo queda esperar que los legisladores tengan el ingenio y la iniciativa para idear un sistema de control judicial de los internamientos involuntarios, realizado en conjunto con un equipo de asesores expertos tanto en el ámbito legal, médico y administrativo, para lo cual, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo, plantear una propuesta inicial, así como idear la forma para obtener los recursos necesarios para su ejecución.

#### **D) Objetivos de la Investigación**

##### **a) Objetivo General**

Evidenciar la falta de control judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica y plantear una propuesta de reforma legal, de modo que se regulen dichos internamientos en apego a los Derechos Humanos.

##### **b) Objetivos específicos**

1. Determinar si existe un órgano que se encargue de revisar el acto médico que motiva un internamiento involuntario en Costa Rica.
2. Precisar los siguientes conceptos técnicos: *“discapacidad”*, *“trastorno mental y del comportamiento”*, *“internamiento involuntario”* y *“consentimiento informado”*.

3. Estudiar el marco legislativo español vigente referente a los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento.
4. Revisar, desde una visión crítica, el marco legislativo nacional vigente referente a la situación del internamiento involuntario por trastornos mentales.
5. Determinar si los procedimientos administrativos actuales de internamiento involuntario por trastornos mentales podrían violentar los derechos humanos.
6. Analizar si un garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad puede brindar el consentimiento informado para un internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento.
7. Analizar si la interposición de un proceso de salvaguardia aplica a todo tipo de pacientes que requieran de un internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en un centro de salud.
8. Plantear el tipo de responsabilidad en la que pueden incurrir tanto las instituciones públicas como privadas, a raíz de la práctica de internamientos involuntarios por trastornos mentales que puedan violentar derechos fundamentales.

## CAPÍTULO I

**“Puede afirmarse que la historia de la Humanidad es la crónica de la desigualdad entre las personas. Ha sido una constante mantenida a través de tiempos y civilizaciones, que la vida y su disfrute era cuestión de unos pocos mientras el resto pasaba a engrosar el grupo de los que no existen, de los que no cuentan, de los indeseables o de los malditos.<sup>7</sup>”.**

En el primer capítulo del presente trabajo de investigación resulta necesario precisar los conceptos técnicos que se desarrollarán en los siguientes capítulos a fin de definir a qué nos referimos cuando hablamos de trastorno mental y del comportamiento, así como saber identificar los trastornos mentales dentro de la amplia lista de enfermedades mentales.

Para ello, a pesar de que padecer de un trastorno mental o del comportamiento, no necesariamente significa padecer una discapacidad mental, se procederá a hacer un recuento histórico de la regulación de los derechos de las personas con discapacidad mental y de los conceptos utilizados para describir este estado clínico, seguido de unas precisiones

---

<sup>7</sup> Santos Urbaneja, Fernando, *“La conquista de la dignidad de las Personas con Discapacidad: Un largo camino”*, España, 2007.  
[https://drive.google.com/file/d/0Bx4G\\_XI7EcKqNzc4NTM5ODAtMzFmMi00YzdILTgxYmEtZmEyZjYwZjQwN2Ez/view?resourcekey=0-FdNgTb3QxZvA73bsjIsixA](https://drive.google.com/file/d/0Bx4G_XI7EcKqNzc4NTM5ODAtMzFmMi00YzdILTgxYmEtZmEyZjYwZjQwN2Ez/view?resourcekey=0-FdNgTb3QxZvA73bsjIsixA)

conceptuales en relación con trastornos mentales de la mano del criterio experto de profesionales en psiquiatría.

**A) Del derecho humano a la dignidad, la salud y la libertad de las personas con discapacidad: un recuento histórico de las normas que regulan los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.**

El señor Fernando Santos Urbaneja en su obra “La conquista de la dignidad de las personas discapacitadas: un largo camino”, se refiere a una “conquista inacabada” de la dignidad de las personas con discapacidad y detalla la tajante diferencia de oportunidades que tiene una persona con discapacidad, en comparación con, lo que él llama, aquellas personas “dominantes”<sup>8</sup>. Esta idea es de importancia, ya que en el presente trabajo de investigación se pretende evidenciar la necesidad del control judicial de una acción de internamiento que, en la mayoría de los casos, es realizada a un grupo vulnerable reducido, como lo son las personas con un trastorno mental.

El concepto puntual de trastorno mental será desarrollado en los próximos capítulos, sin embargo, en el presente capítulo se desarrollará el contenido de las normas que, de alguna

---

<sup>8</sup> Ibidem. *“Paulatinamente y por distintas razones los colectivos más vulnerables (mujeres, menores, esclavos, extranjeros, epilépticos, discapacitados, enfermos, siervos, etc. ...), pasaron a formar parte de una larga lista de colectivos apartados, segregados, marginados y sometidos, abocados a sobrellevar una existencia de horizontes estrechos y predeterminados muy distinta a aquélla correspondiente al grupo dominante. Cada uno de estos colectivos puede contar la historia de la conquista de su dignidad, en buena parte y muchos lugares “inacabada”.* Página 2.

forma, abarcan la existencia de afectaciones de este tipo, en sus distintas tonalidades, y la necesidad de reconocerlas y regularlas.

El señor Santos Urbaneja hace un recuento histórico, tan antiguo, que incluye citas bíblicas de las cuales se pueden extraer las primeras señales de discriminación a las personas con discapacidad, en donde se plasma la imposibilidad de que estas personas puedan alcanzar la dignidad de sacerdocio, calificándolos como personas que “tienen defecto y no deben contaminar mi santuario<sup>9</sup>”. Posterior a ello, el señor Santos Urbaneja describe que es hasta el siglo XVIII que surgen las iniciativas para la educación de las personas que llama “discapacitados psíquicos”, y hasta la Segunda Guerra Mundial que se incorpora a las personas con discapacidad psíquica como mano de obra para atender la maquinaria bélica, lo que dio pie al desarrollo de políticas y legislación que regulara los derechos de las personas con alguna discapacidad.

En ese sentido el señor Israel Biel Portero señala que, en efecto, en la Segunda Guerra Mundial el gran número de personas con discapacidad causaban preocupación a los Estados, sin embargo, esta situación era tratada desde el punto de vista de la necesidad de crear los mecanismos para rehabilitar a las personas con discapacidad, mas no de la necesidad de reconocer una igualdad de derechos<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> La Biblia, Antiguo Testamento, Levítico 21:1-23. <https://www.bible.com/es/bible/compare/LEV.21.1-23>

<sup>10</sup> Israel Biel Portero. “Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad”. *“Los enfrentamientos durante la Segunda Guerra Mundial generaron un gran número de discapacidades, lo cual suponía un seria preocupación (SIC) para los Estados implicados que, considerando a aquellas personas como un lastre social y económico, trataban de minimizar el problema que suponían. No existía una verdadera política sobre*

Dicho esto, si hacemos un recuento cronológico de las primeras normativas internacionales que regulan los derechos del ser humano en general, se debe iniciar con la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, siendo este el primer instrumento jurídico de la historia en donde se establece la necesidad de reconocer los derechos fundamentales inherentes a la vida humana, y la necesidad de que se protejan en el mundo entero.

Recién acabada la Segunda Guerra Mundial, y haciéndose públicos los crímenes de lesa humanidad en ella cometidos, sin duda, la Declaración Universal de los Derechos Humanos es de valor fundamental para confirmar el valor de la vida humana, su dignidad, su salud y su libertad. Por medio de esta Declaración, los Estados miembros se comprometen a asegurar el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades fundamentales del ser humano<sup>11</sup>. Sin embargo, es necesario apuntar que dicha Declaración no identifica de forma puntual a las

---

*discapacidad y las iniciativas respondían a la caridad de los poderes públicos*” 2011. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31004.pdf>

<sup>11</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, *“Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias; Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión; (...) Ahora, por tanto, La Asamblea General, Proclama la presente Declaración Universal de los Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción”*. 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

personas con discapacidad y sus derechos, lo cual en el futuro representaría una problemática en el camino para la consecución de una equidad de derechos<sup>12</sup>.

Posterior a ello, el 16 de diciembre de 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó dos pactos en su resolución 2200 A (XXI), siendo estos el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), sin embargo, estos tampoco tienen mención alguna de las personas con discapacidad propiamente.

Dos años después, el 24 de octubre de 1968, la Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de los Deficientes Mentales proclama la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental<sup>13</sup> en Jerusalén, la cual parece ser el primer texto jurídico que se refiere exclusivamente a las personas con discapacidad mental. Se trata de un texto constituido por siete artículos, donde se indica que las personas con discapacidad mental, ahí llamados “deficientes mentales”, tienen los mismos derechos fundamentales que los demás ciudadanos del mismo país y de la misma edad (Artículo I).

---

<sup>12</sup> Biel Portero. “*Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad*”. 2011. Pág. 30. “*La ausencia de un instrumento internacional vinculante que, de forma específica, protegiere y promoviere los derechos de las personas con discapacidad ha limitado considerablemente su respeto y ejercicio en condiciones e igualdad con las demás personas. La adopción en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y su entrada en vigor el 3 de mayo de 2008, ha servido para llenar un importante vacío en el Derecho internacional de los Derechos Humanos*”.

<sup>13</sup> Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental, Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de los Deficientes Mentales. 24 de octubre de 1968, Jerusalén. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/78947/00820083019371.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dicho instrumento establece que las personas con discapacidad mental tienen derecho a una atención médica y recuperación física, a la educación, a la formación y orientación idónea que les permita desarrollar sus aptitudes, independientemente del grado de discapacidad que tengan y, además es clara al indicar que ninguna persona con discapacidad debe ser privado de esta asistencia por razón del costo económico que esto represente (Artículo II). En el mismo sentido dicha Declaración indica que las personas con discapacidad mental tienen el derecho a una seguridad económica, a “un nivel de vida decente”, a realizar trabajo productivo o actividades “útiles” (Artículo III), a vivir con su familia, a participar en todos los aspectos de la vida social y a gozar de diversiones adecuadas.

Además, se indica que en caso de que una persona con discapacidad requiera de cuidados de una institución, “el ambiente y las condiciones de vida en dicho centro deberán ser lo más parecidas posible a la vida normal” (Artículo IV), que tienen derecho a un tutor calificado cuando esto sea necesario para proteger sus intereses y bienestar personal (Artículo V), a ser protegido de explotaciones o tratos degradantes y que si es “acusado legalmente” tiene derecho a un juicio equitativo (Artículo VI).

Por último, la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental, en su último artículo, sienta las bases de lo que en la actualidad se regula en Costa Rica como la declaración del estado de salvaguardia, pero, además, del mismo es posible extraer aquellos principios que deben privar en caso de existir la necesidad de llevar a cabo un internamiento involuntario en un centro de salud, aspecto medular en el presente trabajo de investigación. Dicho artículo señala lo siguiente:

Algunos deficientes mentales, debido a la gravedad de sus limitaciones, pueden ser incapaces de ejercitar por sí mismos todos sus derechos, de forma adecuada. Para otros, puede resultar apropiada la modificación de alguno o de todos estos derechos. El procedimiento a seguir para su modificación o supresión deberá preservar legalmente al deficiente mental contra toda forma de abuso, deberá basarse en una evaluación de su capacidad social, hecha por expertos cualificados, y deberá ser sometida a revisiones periódicas, gozando del derecho de apelación ante las autoridades superiores.

Como se puede observar, desde la promulgación de la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental en 1968, se evidencian varios aspectos importantes. El primero es que existen personas con discapacidad mental que, dependiendo de su diagnóstico debidamente emitido por un experto calificado, pueden ser declarados como incapaces de exigir sus derechos de forma directa, y el segundo es que, en caso de existir alguna circunstancia en la que se deba de “modificar o suprimir” un derecho de una persona con discapacidad, siempre deben de resguardarse sus intereses de una forma legal, con la presencia de “autoridades superiores” y garantizando revisiones periódicas y evitando cualquier tipo de abuso en contra de esa persona con discapacidad mental.

Posteriormente, el 20 de diciembre de 1971 mediante Asamblea General de las Naciones Unidas 2856 (XXVI), se promulga la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental<sup>14</sup>, el cual viene a ser el “... primer texto jurídico internacional que reconoce derechos por razón de discapacidad”<sup>15</sup> y el “... primer instrumento específico de Naciones Unidas en el que se reconocen los derechos a las personas con discapacidad intelectual<sup>16</sup>”.

Hecha una comparación entre la Declaración de Derechos de 1968 y la Declaración de Derechos de 1971, es posible identificar que una es una reproducción de la otra, con la misma cantidad de artículos y cuyas diferencias son relativas al cambio de concepto de “deficiente mental” por “retrasado mental”, estilo de redacción y que la segunda parece ser omisa en ciertos aspectos como el que ninguna persona con discapacidad debe ser privado de asistencia por razón del costo económico que esta tenga, que se encontraba regulado en la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental de 1968, pero que es eliminado en la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental 1971. Cabe señalar, que en ambas normas se extrañan los conceptos de “deficiente mental” o de “retrasado mental”.

Cuatro años después, el 9 de diciembre de 1975 por medio de la Asamblea General de las Naciones Unidas 3447 (XXX), se proclama la Declaración de Derechos de los Impedidos<sup>17</sup>, texto en el cual sí se desarrolla el concepto de “impedidos” de la siguiente manera:

---

<sup>14</sup> Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, Asamblea General de las Naciones Unidas 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971. [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_ag-26-2856\\_1971.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_ag-26-2856_1971.pdf)

<sup>15</sup> Biel Portero. “*Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad*”. 2011. Pág. 5.

<sup>16</sup> Biel Portero. “*Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad*”. 2011. Pág. 2.

<sup>17</sup> Declaración de Derechos de los Impedidos, Asamblea General de las Naciones Unidas 3447 (XXX), 9 de diciembre de 1975. [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_3447\\_1975.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_3447_1975.pdf)

El término “impedido” designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

Como se puede observar, el término impedido da a entender que no necesariamente nos encontramos en presencia de una persona que presenta una discapacidad, precisión importante para el presente trabajo de investigación. El término impedido describe a una persona que se encuentra incapacitada de funcionar por sí sola, ya sea totalmente o en parte por una deficiencia, ya sea física o mental.

Dicha Declaración de Derechos de los Impedidos de 1975 establece ciertas novedades como que por primera vez se reconoció el derecho de los impedidos a que se respete su dignidad como ser humano y no solo que se les vea como una carga para el Estado<sup>18</sup>. Se establece que los impedidos gozan de los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos, que tienen derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades en todas las etapas de la planificación económica y social, y, además, establece un derecho medular para el presente trabajo de investigación, el cual es el de contar con “... asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes”.

---

<sup>18</sup> Biel Portero. “*Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad*”. “*Por vez primera comenzaba a vincularse el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con discapacidad a su dignidad humana, y no a la caridad de los diferentes Estados*”. 2011. Pág. 7.

Posteriormente, mediante resolución de la Asamblea General 46/119 de 17 de diciembre de 1991, las Naciones Unidas aprueban los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental<sup>19</sup>. Esta Declaración representa un avance novedoso, ya que define el reconocimiento de los siguientes derechos para las personas con discapacidad mental:

1. Las personas con discapacidad mental tienen el derecho a que cualquier decisión que implique declarar que no cuentan con capacidad jurídica y que se les debe asignar a un “representante personal<sup>20</sup>”, deba ser tomada solamente después de una audiencia ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. (Principio 1).
2. Que dicha persona con discapacidad mental tiene el derecho de ser representada por un “defensor<sup>21</sup>” y, en caso de que el paciente no cuente con esa representación, tiene el derecho a que se le asigne un defensor **sin costo alguno** (Principio 18). Además, se establecen requisitos que deben caracterizar esa defensa, en el sentido que ésta no puede representar, en el mismo caso, a la institución psiquiátrica o a su personal, ni a familiares

---

<sup>19</sup> Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119 de 17 de diciembre de 1991. <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>

<sup>20</sup> Ibidem. Definiciones. “**g) Por "representante personal" se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;**”

<sup>21</sup> Ibidem. Definiciones. “**a) Por "defensor" se entenderá un representante legal u otro representante calificado;**”

de la persona cuya capacidad jurídica se esté cuestionando, a menos que se compruebe que no existe un conflicto de interés. (Principio 1).

3. Tienen derecho a que las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal sean revisadas en intervalos razonables previstos en la legislación nacional. (Principio 1).
4. Tienen derecho a recurrir esa decisión de declaración de falta de capacidad ante un “tribunal superior”. (Principio 1).
5. Tienen derecho a que las medidas que se tomen, cuando sea declarado que una persona no cuenta con capacidad jurídica, sean tomadas solo hasta donde “sea necesario” y apropiado para la persona, para asegurar la protección de sus intereses (Principio 1).
6. En cuanto a las personas menores de edad, aunque se reitera que no es el objeto del presente trabajo, se indica que se tendrá “especial cuidado, en relación con los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia”. (Principio 2).
7. Tienen derecho a que los medicamentos que les sean administrados por los profesionales de salud mental habilitados en el ejercicio profesional sean de eficacia conocida o demostrada (Principio 10).
8. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica tiene el derecho de ser informado lo más pronto posible, después de su admisión, de forma clara y en lenguaje comprensible, de todos los derechos que goza y la forma de ejercerlos, en virtud de la legislación de cada país. En caso de que el paciente no esté en condiciones de entender lo que se le informa, dicha información se le debe brindar a su representante personal, si

lo tiene, así como a la persona que sea más capaz de representar los intereses del paciente y que desee hacerlo. El paciente que tiene la capacidad de hacerlo tiene el derecho a designar a la persona que desee que represente sus intereses (Principio 12).

9. Derecho a la libertad de comunicación, lo cual incluye: Derecho a comunicarse con personas que estén dentro de la institución psiquiátrica, derecho a enviar y recibir comunicaciones privadas sin censura, derecho a recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal, de visitantes externos y acceso a los servicios postales, telefónicos, prensa, radio y televisión (Principio 13).
10. Todo paciente que haya ingresado a una institución psiquiátrica de forma voluntaria tiene el derecho a abandonar la institución cuando así lo desee, a menos que se cumplan los presupuestos para llevar a cabo un internamiento involuntario.

Sumado a lo anterior, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991 definen la forma en la que se debe determinar una discapacidad mental, basado en las normas médicas aceptadas internacionalmente y en estricta referencia al estado de salud mental determinado por un profesional en salud mental (Principio 4).

Si bien estos principios tratan como prioridad, esencialmente, la voluntad de las personas con discapacidad y la importancia de estimular la independencia personal, lo cierto del caso es que de la lectura integral del documento es posible extraer con facilidad que en caso de que priven criterios profesionales que determinen la incapacidad del paciente de tomar decisiones

por sí mismos, esas decisiones puedan ser tomadas en contra de la voluntad del paciente o careciendo de esta voluntad.

Acorde con lo establecido en el Principio 11, no se debe administrar ningún tratamiento a una persona con discapacidad mental sin que exista un consentimiento informado<sup>22</sup>, sin embargo, de seguido se establecen las siguientes excepciones a la obtención de este consentimiento:

1. Cuando se trate de un paciente involuntario.
2. Cuando, existiendo toda la información pertinente (diagnóstico, evaluación, pronóstico, método, duración probable, beneficios del tratamiento propuesto, las otras alternativas al tratamiento propuesto, incluidas las menos alteradoras posibles, los dolores o incomodidades posibles, riesgos y secuelas del tratamiento propuesto) se compruebe que el paciente se encuentra incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al tratamiento propuesto.
3. Si, así previéndolo la legislación de cada país y teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niegue irracionalmente a dar su consentimiento.

---

<sup>22</sup> Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, *“Principio 11. Consentimiento para el tratamiento. 2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de: a) El diagnóstico y su evaluación; b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles; d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto”*. 1991.

4. Que la autoridad independiente<sup>23</sup> compruebe que el tratamiento propuesto es el más indicado para atender las necesidades de salud del paciente.
5. Que un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determine que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas.

Un aspecto importante que se debe resaltar es que dicho Principio 11 establece que la omisión del consentimiento informado en los casos supra mencionados no aplica cuando la persona con discapacidad mental tenga un representante personal, entiéndase, a una persona a quien la ley le confiera el deber de representar los intereses del paciente o de ejercer derechos específicos a nombre del paciente. En el caso de las personas menores de edad, se trata de sus padres o tutores legalmente asignados, a menos que la legislación de cada país determine otro aspecto.

De igual forma, el citado Principio 11 indica que en caso de que se haya autorizado un tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se deberá hacer todo lo posible para integrar, cuando sea posible, al paciente en la toma de decisiones, de explicarle de alguna forma la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y de tratar de lograr que el paciente participe voluntariamente en la aplicación del tratamiento. También indica que todo tratamiento debe de registrarse inmediatamente en el historial clínico del paciente y señalar si se trata de un tratamiento administrado voluntaria o involuntariamente.

---

<sup>23</sup> Ibidem. *“b) Por "autoridad independiente" se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional”.*

Otro tema que integra los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991 es el de las restricciones físicas y las reclusiones involuntarias, aspecto importante para el presente trabajo de investigación. Indica que no se someterá a ningún paciente a estas restricciones, salvo que se realicen acorde a los procedimientos oficiales aprobados por la institución psiquiátrica y solo cuando esto sea el único medio para impedir un daño inmediato o inminente para el paciente o para terceros. También indica que dichas restricciones no deben prolongarse más de lo estrictamente necesario, siempre en condiciones dignas y bajo la supervisión de profesionales calificados y que sus motivos y duración debe de ser registrado en el expediente del paciente.

El Principio 11 también plantea regulaciones en relación con el sometimiento de una persona con discapacidad mental, no solo a un tratamiento involuntario o a un internamiento, si no al sometimiento a procedimientos médico quirúrgicos de forma involuntaria, para lo cual se establece los siguiente:

1. Que nunca se puede aplicar una esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.
2. La persona con enfermedad mental puede ser sometida a un procedimiento médico quirúrgico importante solo cuando la legislación nacional lo autorice y cuando se considere que dicho procedimiento es lo más beneficioso para la salud del paciente. Se debe procurar la obtención de un consentimiento informado, pero en caso de que la persona no se encuentre en condiciones de darlo, dicho procedimiento médico

quirúrgico debe autorizarse solamente después de practicarse un “examen independiente”.

3. No es posible someter a una persona con discapacidad mental que se encuentre en internamiento involuntario, a “tratamientos psico quirúrgicos” y otros tratamientos irreversibles o que modifiquen su integridad.

El Principio 11 establece además que cuando se determine la necesidad de la aplicación de un tratamiento, un procedimiento médico quirúrgico, un tratamiento psico quirúrgico u otro tratamiento irreversible o que modifique la integridad de la persona, este paciente, o su representante legal, tiene el derecho de apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Otro aspecto novedoso de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991 es que regula la admisión involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

El Principio 16 establece como presupuestos para que se ordene un internamiento involuntario, que esto debe ser ordenado por un médico calificado con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente. Este profesional en medicina debe determinar lo siguiente; i) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros y ii) Que el hecho de no retener a esa persona puede llevar al deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse encontrándose internado en esa institución.

En el caso que el profesional en medicina determine que, en efecto, solo manteniendo a ese paciente dentro de la institución psiquiátrica se podría proporcionar el tratamiento requerido para procurar la mejora de la salud del paciente, el Principio 16 indica que se debe consultar, en lo posible, a un segundo profesional en salud mental, independiente del primero y que esa admisión involuntaria no sería llevada a cabo a menos que ese segundo profesional convenga en ello.

Otro aspecto importante que regula el Principio 16 es que ese internamiento involuntario tiene que hacerse por un periodo breve determinado por la legislación nacional, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención y, por último, indica de forma textual que “Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional”.

En cuanto al órgano de revisión supra mencionado, el Principio 17 establece de forma poco clara, que se trata de un órgano judicial u órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional, que actuará “de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional y que contará con la asesoría de profesionales en salud mental calificados e independientes. No se logra determinar si el órgano de revisión será un órgano judicial o un órgano interno de cada centro de salud compuesto por profesionales en salud mental.

El mencionado Principio describe una dinámica, también poco clara, de emisión de un “examen inicial” de decisión de admitir o retener a un paciente de forma involuntaria e indica que dicho examen inicial debe realizarse lo “antes posible después de adoptarse dicha decisión”, de conformidad con procedimientos sencillos y expeditos establecidos en la legislación nacional. Es decir, parece indicar que esa revisión debe realizarse después de adoptar la decisión de internar al paciente de forma involuntaria, aspecto que no queda claro, pero de ser así, no se trataría de un examen inicial, si no de una ratificación o rechazo del internamiento involuntario.

Además, el Principio 17 indica que dicho órgano de revisión debe examinar periódicamente los casos de internamientos involuntarios, de oficio, y en intervalos que se consideren razonables que se encuentren especificados en la legislación nacional y, que todo paciente tiene el derecho de solicitar al órgano de revisión, de forma directa, que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, todo en intervalos razonables prescritos por la legislación nacional. El Principio 17 además indica que en cada examen de revisión se debe determinar si se continúan cumpliendo con los presupuestos para conservar un internamiento involuntario, caso contrario, se debe ordenar el alta de ese paciente de forma inmediata, o si, en cualquier momento el profesional en salud mental responsable determine que no se cumplen los presupuestos para mantener a una persona internada, este profesional puede ordenar que se dé el alta a esa persona, sin necesariamente esperar a que el órgano de revisión emita otro informe.

El Principio 18 contiene las garantías procesales con las que cuentan los pacientes. Establece el derecho a designar a un defensor para que lo represente como paciente, en todo procedimiento de queja o de apelación y que, tal y como se mencionó anteriormente, en caso de que el paciente no pueda obtener esos servicios, se debe poner a su disposición a un defensor sin costo alguno, cuando el paciente no tenga la capacidad de pago. También los pacientes tienen derecho a un intérprete en la medida que no tengan capacidad de pago. Tienen derecho a solicitar y presentar, en cualquier momento, un dictamen médico privado o independiente a los emitidos por los centros de salud sobre su salud mental, así como cualquier otro informe, prueba oral o escrita o de cualquier otra índole que sea pertinente y admisible.

En principio, el Principio 18 establece que las copias del expediente médico del paciente deben ser proporcionadas al paciente y a su defensor, sin embargo, se exponen escenarios especiales de excepción, en donde, cuando se considere que la revelación de cierta información perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros, es posible no entregarlo. Se establece que todo documento que no sea proporcionado al paciente debe de entregarse al representante personal o al defensor, acorde a la legislación correspondiente y con carácter confidencial. Cuando no se proporcione un documento al paciente, este tendrá derecho a revisión judicial, a asistir a todas las audiencias, a solicitar la presencia de determinadas personas en las audiencias, siempre y cuando esto no perjudique gravemente la salud del paciente o ponga en peligro la seguridad de terceros.

Por último, los Principios 22, 23, 24 establecen que los Estados tienen los siguientes deberes:

1. Velar porque existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de estos Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.
2. Velar porque las instituciones psiquiátricas sean inspeccionadas.
3. Establecer procedimientos disciplinarios o judiciales en caso de conductas profesionales indebidas o violación de derechos de los pacientes.
4. Aplicar los principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo y de otra índole, que, además, deben ser revisadas periódicamente.

Hecho el recuento del contenido de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991, se puede concluir que se plantea una base de los derechos y libertades de las personas con discapacidad mental, sin embargo, el mismo texto expone las excepciones a esos derechos y libertades, sumado al hecho que deja muchos aspectos técnicos a la discrecionalidad de la legislación de cada país. Biel Portero cataloga estos aspectos como un punto débil<sup>24</sup> de la norma.

---

<sup>24</sup> Biel Portero. “Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad”. *“Una de las cuestiones más problemáticas en los Principios es la relativa al consentimiento informado. El principio 11 prohíbe administrar tratamiento alguno a un paciente sin su consentimiento informado. (...) No obstante, se especifican cinco supuestos diferentes en los que no se precisará del consentimiento de la persona para someterla a tratamiento (...) Sin duda, la indeterminación de algunos de estos supuestos unida a las referencias a la legislación y autoridades nacionales hacen de este principio uno de los puntos débiles del texto. La gravedad de los supuestos en los que se puede tratar a una persona sin su consentimiento o contra el mismo debería haber implicado una regulación más detallada y garantista”*. 2011. Págs. 15-16.

Tomando en cuenta lo anterior, la norma indica que, en principio, los medicamentos y los tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos, solo pueden ser suministrados de forma voluntaria y que los internamientos de pacientes en los centros psiquiátricos, de igual forma, deben ser voluntarios, sin embargo, establece presupuestos en los cuales es posible que dicho suministro o internamiento sea realizado de forma involuntaria. Siendo así, resulta evidente el conflicto existente en la ponderación de valores o derechos de los pacientes, ya que, por un lado, debe privar la autonomía inherente a la condición de ser humano, y por otro, en caso de no estar en condiciones de brindar un consentimiento informado, puede ser sometido a un tratamiento que mejore su condición de salud de manera involuntaria.

Esto no quiere decir que exista una contradicción en el ejercicio de estos derechos, si no que ambos derechos deben de ser respetados en armonía y acorde a la realidad clínica del ser humano, evitando abusos o discriminaciones, y siempre encaminados en la recuperación de la salud.

A pesar que los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental plasman por escrito, derechos de las personas con discapacidad mental, lo cierto del caso es que el hecho que se trate de un acuerdo de Asamblea General de las Naciones Unidas, hizo que en su momento, no tuviera fuerza vinculante para los Estados y en materia de internamientos involuntarios, muchos de los derechos regulados en este instrumento, no fueron implementados en Costa Rica como ya ha sido mencionado en los antecedentes y como será desarrollado en los próximos capítulos.

Es hasta el 13 de diciembre del 2006 con la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo, que fue ratificado por Costa Rica el día 29 de setiembre del 2008 por medio del Decreto Ejecutivo N° 34780 que se cuenta con una norma de tipo vinculante para Costa Rica, y no de tipo jurisprudencial, en relación con las personas con discapacidad. A pesar de ello, lo cierto es que dicha Convención no contiene regulaciones relativas al internamiento forzoso de una persona con discapacidad mental en un centro de salud, plazos de internamiento, revisiones, control judicial, derechos de los pacientes y responsabilidades de los centros de salud.

Nótese que desde la existencia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos desde el año 1948, se reconocen los derechos ahí regulados a todas las personas por la inherente condición de ser humano, por lo que es de obviar que las personas con discapacidad se encuentran ahí incluidas y siendo así, gozan de los mismos derechos y mecanismos de protección. Sin embargo, la práctica evidenció algo diferente, ya que a las personas con discapacidad “se les continúan negando muchos de sus derechos, y su posición respecto a los demás miembros de la sociedad dista mucho de ser igualitaria<sup>25</sup>”. Dicho esto, y a pesar de que ya se contaba con la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue necesaria la promulgación de una Convención específica para personas con discapacidad con carácter vinculante.

---

<sup>25</sup> Biel Portero. “*Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad*”. “*Por todo ello, el Relator Especial insinuaba la necesidad de un tratado específico dirigido a compensar la desventaja legal que las personas con discapacidad tienen respecto a otros grupos vulnerables que sí cuentan con una convención y un mecanismo de protección específicos*”. 2011. Pág. 30-31.

Se considera que la verdadera importancia de la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo es el hecho de que se acuñaran los derechos de las personas con discapacidad en un solo texto jurídico, lo cual da claridad y facilita la aplicación e interpretación de la norma, sumado al hecho que se trata de una fuente de derecho vinculante en Costa Rica. Esto clarifica la obligación que tiene el Estado de observar su contenido.

Para efectos del presente trabajo de investigación se señalan una serie de aspectos mencionados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2006. En el artículo 4 se establece que los Estados Parte se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. Para ello el inciso b) indica que los Estados se comprometen a tomar todas las medidas necesarias, dentro de las que se incluyen medidas legislativas, reglamentarias, ya sea de modificarlas o derogarlas, así como modificar costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad.

En cuanto a la discriminación, el artículo 2 de la Convención establece el concepto de “discriminación por motivos de discapacidad”, lo cual se entiende que se trata de:

“... cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y

libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables”.

El artículo 12 establece que los Estados Parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho a que en todo momento se reconozca su personalidad jurídica en igualdad de condiciones que los demás, en cualquier aspecto de la vida y que deben de adoptar las medidas para proporcionar el acceso a las personas con discapacidad para ejercer esa capacidad jurídica. En ese camino al ejercicio de la capacidad jurídica, las personas con discapacidad tienen derecho a que se les proporcionen las salvaguardias adecuadas para impedir abusos de conformidad con el derecho internacional, los cuales deberán de garantizar que se respete su voluntad.

Es importante mencionar, que el mismo artículo 12 inciso 4 establece que cualquier limitación a la capacidad jurídica de la persona debe ser proporcional y adaptada a la circunstancia de la persona, que se debe aplicar en el plazo más corto posible y que debe estar sujeta a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente e imparcial.

El artículo 14 señala que los Estados Parte deben asegurar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona, que no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad debe ser de conformidad con la ley, y que la existencia de una

discapacidad no justifica una privación de la libertad. Para ello los Estados Parte deben asegurar que las personas con discapacidad, en caso de ser privadas de su libertad, tengan derechos a garantías de conformidad con el derecho internacional, en igualdad de condiciones que las demás personas.

Por otro lado, el artículo 17 establece que toda persona con discapacidad tiene el derecho a que se respete su integridad física y mental, en igualdad de condiciones que los demás y el artículo 25 señala, en cuanto a la salud, que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, y que la calidad de la atención que presten los profesionales en salud tiene que ser de la misma calidad que los demás sobre la base de un consentimiento informado, la dignidad y la autonomía.

Como se puede observar, si bien la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo no abarca el tema específico de personas que no necesariamente cuentan con una discapacidad, si no que presentan un trastorno mental y del comportamiento que puede ser temporal, sí sienta las bases en relación con que cualquier cuestionamiento de la capacidad jurídica de una persona debe de ir acompañado del derecho de defensa que tiene cualquier persona, a un debido proceso, al respeto de garantías, regulaciones que son de importancia para el presente trabajo de investigación.

Habiendo desarrollado las normas internacionales que se consideran las más importantes para el desarrollo de la presente tesis, se mencionará la norma vigente en Costa Rica que regula

los derechos de una persona con discapacidad, la cual es la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, promulgada el pasado 30 de agosto del 2016.

Esta norma adopta el paradigma de abordaje de la discapacidad del ser humano de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que se centra en la dignidad del ser humano, sujeto de derechos y obligaciones, “y no de sobreprotección y/o lástima<sup>26</sup>”.

Establece conceptos como el de discapacidad y de persona con discapacidad, salvaguardia, el de garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, cuya razón de ser es garantizar el ejercicio seguro y efectivo de los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial. Indica que la salvaguardia debe ser proporcional y adaptada a las circunstancias específicas de cada persona, así como detalla los aspectos procesales para la declaración de una salvaguardia, la solicitud, legitimación, revisión y valoración de la salvaguardia y las obligaciones de esa persona nombrada como garante y la figura del asistente personal. La figura de la salvaguardia será desarrollada en

---

<sup>26</sup> Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, N° 9379, 30 de agosto del 2016. “**Artículo 2. c) Paradigma de abordaje de la discapacidad desde los derechos humanos: el nuevo modelo de abordaje de la discapacidad regulado en la Ley N.º 8661, Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 19 de agosto de 2008, que se centra en la dignidad intrínseca del ser humano, valorando las diferencias. La persona con discapacidad es sujeto de derechos y obligaciones, y no objeto de sobreprotección y/o lástima**”. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC)

los próximos capítulos, a fin de determinar su compatibilidad con la figura de los internamientos involuntarios en Costa Rica.

Como conclusiones a este apartado, destaca que las personas con discapacidad han tenido una larga lucha para lograr la igualdad jurídica con las personas que no presentan una, y esta lucha parece no tener un final, por el contrario, se mantiene en el tiempo en relación con el tema específico de los internamientos involuntarios en centro de salud por trastornos mentales y del comportamiento. A pesar de ello, también es posible concluir que sí existe normativa internacional que regula las garantías procesales a las que debe tener acceso una persona con un trastorno mental o del comportamiento como producto de un internamiento involuntario, y que, además, Costa Rica se encuentra obligada a acatar esos deberes, como suscribiente a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo.

## **B) Análisis técnico de los conceptos fundamentales.**

Resulta elemental para el desarrollo del presente trabajo de investigación, que se aclaren los conceptos técnicos que fueron mencionados en el apartado anterior en las normas nacionales e internacionales, motivo por el cual se procederá con el desarrollo de algunos de estos términos, de modo que se facilite el análisis del producto final.

### **i. Discapacidad.**

En primera instancia, y siendo que todas las normas previamente desarrolladas hablan del término “discapacidad”, pero no desarrollan su significado, vale la pena precisar, en la medida de lo posible, si una persona que presenta un trastorno mental y del comportamiento, necesariamente es una persona con discapacidad.

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad<sup>27</sup> aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de diciembre de 1993 definen discapacidad de la siguiente manera:

Con la palabra "discapacidad" se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.

---

<sup>27</sup> Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de diciembre de 1993. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/standard-rules-equalization-opportunities-persons-disabilities>

El señor Fernando Santos Urbaneja, en su calidad de Fiscal delegado de la Sección de Apoyo a Personas con Discapacidad en Andalucía, España, hace la siguiente clasificación de discapacidades:

### **“2.3.3 Clasificación básica**

#### **1. Discapacidad física**

#### **2. Discapacidad sensorial**

a. Visual

b. Auditiva

#### **3. Discapacidad motórica**

#### **4. Discapacidad psíquica**

a. Por déficit intelectual

i. Límite

ii. Leve

iii. Moderado

iv. Grave

b. Por trastorno o anomalía mental

i. Psicosis

ii. Esquizofrenia

iii. Trastorno bipolar

iv. Trastorno frontal

v. Neurosis

vi. Depresión mayor

## **5. Trastornos de conducta**

- a. Trastorno de personalidad
- b. Trastorno límite

## **6. Demencias**

- a. Alzheimer
- b. Otras demencias<sup>28</sup>”.

La Ley 9379, Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad promulgada el 30 de agosto del 2016, en su artículo 2, incisos a) y b) detallan el concepto de discapacidad y de persona con discapacidad de la siguiente forma:

- a) Discapacidad: concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.
- b) Personas con discapacidad: incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. En el caso de las personas menores de

---

<sup>28</sup> Santos Urbaneja, Fernando, “*Evaluación de la aplicación de la Ley 8/2021 de 2 de junio de reforma del Código Civil para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*”, Derecho de Familia 2023». Tirant lo Blanch. Pág. 291. <https://biblioteca-tirant-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/cloudLibrary/ebook/info/9788411694940> .

edad, en la medida en que esta ley les sea aplicable, se procurará siempre perseguir su interés superior.

Recordemos que dicho concepto fue adoptado de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>29</sup>, con la diferencia que el concepto plasmado en la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad integra el elemento del tiempo, ligando el concepto de discapacidad con el de “largo plazo”.

Para que se catalogue como una discapacidad, en el caso de las enfermedades mentales, en apariencia, se requiere que la deficiencia que se presente sea “a largo plazo” y dicha deficiencia, al interactuar con alguna determinada barrera, le impida a la persona con deficiencia, una participación efectiva en la sociedad. Pero entonces, ¿Qué pasa cuando esa deficiencia es temporal?

Lo cierto del caso es que para determinar si un trastorno mental o del comportamiento, es considerado de larga o de corta duración, es necesario acudir a un profesional en medicina, especialista en psiquiatría, que producto de un acto médico pueda llegar a tal conclusión. Es solo a través de un acto médico, cuyas conclusiones no son necesariamente obtenidas de

---

<sup>29</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo. *“e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042)

forma automática, si no que requiere de una valoración periódica, que se puede determinar si una persona con trastorno mental o del comportamiento, presenta una discapacidad de largo plazo o permanente, o si su trastorno, por el contrario, se ocasiona a consecuencia de factores temporales, por ejemplo, encontrarse bajo los efectos de alguna sustancia.

Producto de una entrevista con la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres, quien es especialista en psiquiatría y con el Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos, especialista en Psiquiatría y sub especialista en Neuropsiquiatría, se ha logrado determinar, desde el punto de vista médico, que aquella persona que presente un trastorno mental o del comportamiento, no necesariamente presenta una discapacidad, si no que por el contrario, con el respectivo tratamiento, estas personas pueden mantener o recuperar su integración en la sociedad en poco tiempo, incluso, algunas no requerirían de un tratamiento farmacológico permanente, a diferencia de otras que sí lo requieren, pero que a final de cuentas, se trata de personas que se encuentran integradas en la sociedad al igual que cualquier otra.

Otro punto importante es el de definir qué significa tener una “deficiencia”. Acorde a la Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, las “Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”<sup>30</sup>. De igual forma se hace la diferencia entre

---

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud, Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud 2001. Págs. 13 y 20. [https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)

personas con una deficiencia y aquellas con una limitación en la capacidad, en el sentido que puede haber una persona con una deficiencia, pero que esta no signifique una limitación en su capacidad, por ejemplo, tener una desfiguración en la cara a consecuencia del padecimiento de lepra, pero ello no limita, por ejemplo, la capacidad de caminar, es decir, esta persona no sería catalogada como una persona discapacitada para caminar.

Y, en cuanto al significado de “funciones corporales”, la clasificación supra mencionada indica que se refiere al cuerpo como un todo, incluyendo el cerebro y sus funciones, como, por ejemplo, las funciones mentales o psicológicas, es decir, estas también son clasificadas como funciones corporales<sup>31</sup>. Sumado a ello, se especifica que las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas y que el hecho de que se presente una deficiencia, esto no quiere decir que estemos en presencia de una enfermedad<sup>32</sup>.

Por último, resulta importante hacer mención del cambio de paradigma detallado en el apartado anterior con el recuento de las normas que regulan los derechos de las personas con

---

<sup>31</sup> *Ibíd.*

<sup>32</sup> *Ibíd.* “8) Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo. 9) El concepto de deficiencia es más amplio, e incluye más aspectos, que el de trastorno o el de enfermedad; por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno o una enfermedad. 10) Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias; por ejemplo, la disminución de fuerza muscular puede causar una deficiencia en las funciones de movimiento, los déficits de las funciones respiratorias pueden afectar al funcionamiento cardíaco, y una percepción deficitaria puede afectar a las funciones del pensamiento”. Pág. 14.

discapacidad, en el sentido que en la historia existieron, y se puede decir que todavía existen, dos modelos para entender la discapacidad.

El primero es el modelo médico, que, por alguna razón, se ha estigmatizado como el modelo “malvado”, por ser el que se centra en la condición de salud que presenta esa persona, en su discapacidad como un impedimento social, causada a raíz de una enfermedad, de un trauma o de una condición de salud, y que, por ende, requiere de cuidados médicos individualizados encaminados a conseguir una cura o una adaptación.

Por otro lado, se encuentra el modelo social, adoptado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, con la visión de que es propiamente la sociedad la que representa un problema, al no darle las condiciones necesarias para que las personas con discapacidad se integren en igualdad de circunstancias a las otras personas. Es decir, da a entender que no son las personas las que son discapacitadas, sino que es la sociedad y sus carencias políticas o económicas, las que hacen que una persona sea catalogada como discapacitada, catalogando esto como un problema de actitud<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> *Ibidem.* “Se han propuesto diferentes modelos conceptuales 16 para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”. El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino

Se considera que ambos modelos deben actuar de la mano, sin embargo, en lo que respecta a los objetivos del presente trabajo de investigación, se concluye que una persona con un trastorno mental o del comportamiento, no necesariamente tiene una discapacidad.

## **ii. Trastorno mental y del comportamiento**

No es tarea fácil para un profesional en derecho, definir qué es un trastorno mental y del comportamiento. Para ello existen profesionales en medicina que han destinado muchos años a su estudio y práctica profesional para dominar el tema y es por ello que se procuró contar con su criterio experto para desarrollar el presente trabajo de investigación. Sin embargo, resulta imperante tratar de precisar, en la medida de lo posible, a qué nos referimos cuando hablamos de un trastorno mental o del comportamiento a fin de tener una idea de las razones por las cuales una persona puede llegar a ser internada involuntariamente.

Se puede comenzar señalando que existió un documento emitido por la Organización Mundial de la Salud denominado “Clasificación de los trastornos mentales y del

---

*un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política”. Pág. 22.*

comportamiento CIE-10<sup>34</sup>, del año 1992, que contenía una amplia y detallada clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Sin embargo, este documento fue actualizado por el CIE-11 en el año 2019, el cual es producto de una amplia discusión entre personeros de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría en relación con la recién publicada quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, a fin de mejorar su utilidad clínica<sup>35</sup>.

Los cambios entre el CIE-10 y el CIE-11 son relativos a la reestructuración de la jerarquía, la inclusión de terminología más actual, hacer agrupaciones específicas para episodios únicos,<sup>36</sup> y solo para efectos demostrativos, se procede a adjuntar un cuadro comparativo de diferencias terminológicas entre uno y otro:

**Cuadro 1. Cuadro comparativo de terminologías entre CIE-10 y CIE-11**

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	Trastornos neurocognitivos

<sup>34</sup> Organización Mundial de la Salud, “Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10”, 1992. <https://www.efit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud, “Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-11”, 2019. Pág. 308. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(versi%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(versi%2014%20nov%202019).pdf)

<sup>36</sup> Ibidem. Pag 353.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	Parte de la agrupación: trastornos por uso de sustancias o conductas adictivas
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	Trastornos del estado de ánimo
F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Ansiedad o trastornos relacionados con el miedo
F50-F59 Síndromes de comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	Redistribuidos entre trastornos de la ingesta o de la alimentación, trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto y el puerperio y los nuevos capítulos sobre Trastornos del sueño y la Salud sexual
F60-F69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos	Trastornos de personalidad y rasgos relacionados
F70-F79 Retraso mental	Parte de la agrupación - Trastornos del neurodesarrollo
F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Parte de la agrupación - Trastornos del neurodesarrollo

F99-F99 trastorno mental no especificado	Residuales no especificados para el capítulo
--	--

Elaboración propia.

En relación con el concepto de los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud se ha referido de la siguiente forma:

Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento<sup>37</sup>.

Visto lo anterior, resulta importante hacer una precisión señalada por el Dr. Castro en la entrevista realizada, relativa a que los términos “trastorno mental” y “trastorno del comportamiento” no necesariamente van de la mano. Es decir, es posible que una persona que presente un trastorno mental no presente un trastorno de comportamiento, en el sentido que no sea posible percibir una conducta no aceptada por las reglas sociales. De igual forma,

---

<sup>37</sup> Organización Mundial de la Salud, “*CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*”, 2022. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es>

es posible que sea evidente que una persona presenta un trastorno de conducta, como, por ejemplo, reaccionar de forma agresiva tanto verbal como física contra un conductor que le toca la bocina en carretera, pero esto no significa que presente un trastorno mental.

Como se puede observar, un trastorno mental trata de una alteración de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, el cual, dependiendo del caso, puede ser encasillado en la lista de trastornos mentales y del comportamiento ya descritos anteriormente.

Sin embargo, para efectos del presente trabajo de investigación es importante concluir que el acto de identificar si una persona presenta un trastorno mental y del comportamiento, saber valorarlo, definir su gravedad, saber cuál es el tratamiento idóneo o los fármacos idóneos que esa persona necesita para recuperar su compensación y, lo más importante, valorar si esa persona, según el estado en que se encuentre, representa un riesgo para sí mismo o para terceros y que por ende, requiere de un internamiento, incluso en contra de su voluntad, corresponde a un profesional en medicina, y con preferencia, a un especialista en psiquiatría.

En ese sentido, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ha sido claro cuando afirma que es solo un profesional en medicina la persona capacitada para certificar el estado de salud de una persona<sup>38</sup>, en primera instancia, por el nivel de estudios adquiridos y los que son

---

<sup>38</sup> Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Oficio PJG.232.07.2021 de fecha 30 de julio del 2021 dirigido a la Asamblea Legislativa, en relación con el Proyecto de Ley 22430, “Ley Nacional de Salud Mental”. ***“Debe quedar claro que los profesionales que determinan el internamiento de una persona a un centro de salud,***

necesarios para tratar un tema tan delicado como lo es la retención de un ser humano en un centro de salud, sumado al hecho que acorde al artículo 52<sup>39</sup> de la Ley General de Salud, solo un profesional en medicina puede certificar el estado de salud de las personas.

### iii. Consentimiento informado.

En relación con el consentimiento informado, tal y como fue desarrollado en el primer apartado de este trabajo de investigación, es importante recordar que el primer texto jurídico que menciona el consentimiento informado, son los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991 en su artículo 11.

---

*acorde a su área de expertise, son los profesionales en medicina. Es necesario aclarar que cuando un paciente ingresa a un centro de salud debe de ser abordado por un profesional que esté capacitado para valorar y certificar su estado de salud. Dicha valoración puede incluir un manejo escalonado de atención, un abordaje diagnóstico que incluya la historia clínica, un examen físico que incluye el examen mental. De igual forma se requiere de estudios de laboratorio, gabinete, o demás estudios complementarios. Se debe de tomar en cuenta que los medicamentos utilizados pueden potencialmente tener efectos secundarios, por lo que el profesional debe encontrarse capacitado de brindar una solución inmediata. De igual forma muchas veces es necesaria la observancia hospitalaria del paciente para garantizar su seguridad o posibilitar una intervención oportuna en caso necesario y además poder determinar si esa persona tiene algún padecimiento, enfermedad o trastorno de comportamiento o mental o si estas manifestaciones tienen como origen una causa metabólica, infecciosa, neurológica entre otras; que determine si ese paciente presenta un riesgo inmediato o inminente para sí mismo o para terceros; así como determinar si el internamiento es la única medida viable para preservar la salud del paciente, de modo que si este no es internado, conlleve a un deterioro importante en la condición mental o impedir que se proporcione un tratamiento adecuado. Lo anterior, sumado al hecho que debe ser realizado con la rapidez o la inmediatez que requiera cada caso de forma individual y por medio de un procedimiento ajustado o adecuado a cada nivel de atención, ya que los escenarios pueden presentarse tanto en hospitales generales, como hospitales especializados en Psiquiatría”.*

<sup>39</sup> Ley General de Salud. Ley 5395. “Artículo 52. Sólo los médicos y los odontólogos, en ejercicio legal de sus profesiones podrán certificar el estado de salud de las personas, siempre que les conste personalmente en virtud de ese ejercicio”. Vigente desde el 24 de febrero de 1974 [https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581)

Dicho artículo habla que no se debe administrar ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento y establece lo siguiente:

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

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo se refiere al consentimiento informado de la siguiente forma:

Artículo 25. Salud. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: ... d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las

necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

Acorde a lo establecido en el Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social, el consentimiento informado se describe de la siguiente manera:

Es un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado. Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Área de Bioética. “Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012 redactado por el Área de Bioética”,

Por otro lado, el Código de Ética Médica<sup>41</sup> del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica dedica un capítulo completo a definir el significado y contenido del consentimiento informado, del cual se resume que el profesional en medicina se encuentra obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento o procedimiento médico quirúrgico y que no debe emprender ninguna acción sin el consentimiento previo del paciente o de su representante legal, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad o urgencia<sup>42</sup>.

Dicho Código establece que el profesional en medicina tiene el deber de informar al paciente su identidad, el área de su competencia, su diagnóstico, alternativas a su tratamiento, riesgos, beneficios, pronóstico de su enfermedad, además indica que toda información que a juicio del galeno pueda causar sufrimiento grave al paciente debe ser proporcionada con prudencia con expresiones medidas y que el paciente tiene el derecho a no ser informado en caso que lo desee y que puede delegar a un tercero que reciba la información, siempre y cuando conste por escrito.

---

[Aprobada agosto 2012]. <https://www.cendeiiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>

<sup>41</sup> Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Decreto Ejecutivo 39609 del 22 de febrero del 2016. [https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=81421&nValor3=103834&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=81421&nValor3=103834&strTipM=TC)

<sup>42</sup> Ibidem. Artículo 49.

En cuanto a las formalidades de ese consentimiento informado, lo cierto es que el Código de Ética Médica no exige que sea por escrito, si no que solo se recomienda de esta forma, pero el Reglamento del Consentimiento Informado de la CCSS supra mencionado, sí requiere que se realice por escrito en el expediente de salud del paciente y además, debe constar la valoración por parte del profesional de salud, de la capacidad volitiva, cognoscitiva y de juicio de la persona usuaria para el libre ejercicio de su voluntad. Sin duda lo ideal es que dicho consentimiento conste por escrito por fines probatorios.

Como se puede observar, el consentimiento es justamente eso, la aprobación, la anuencia que tiene el paciente a que se le someta a algún tratamiento o procedimiento quirúrgico, por medio de un proceso de comunicación, en donde no solo se le da a escoger una opción, si no que se trata de una comunicación continua, en donde el paciente participa activamente en la toma de decisiones relacionadas a su salud. Hasta el momento parece muy sencillo de describir, sin embargo, ¿Qué pasa si una persona no se encuentra en estado de tomar decisiones?

No podemos dejar de lado que el ser humano no es una máquina, y, por ende, sus funciones corporales pueden fallar. Existen personas que ingresan totalmente inconscientes a una sala de emergencias, por ejemplo, a consecuencia de un accidente de tránsito. Es de obviar que una persona en ese estado no puede brindar su consentimiento informado a que se le sanen sus heridas o se le brinde un tratamiento para salvar su vida, si no que los profesionales en

medicina se encuentran en la obligación de actuar sin dilación ante tal emergencia<sup>43</sup>. No es posible esperar a que el paciente se involucre activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

Para efectos de la presente tesis, nos centraremos en aquellas personas que, acorde a un criterio médico, no se encuentran en condiciones para brindar un consentimiento informado, ni es posible involucrarlos activamente en la toma de decisiones.

En relación con estos escenarios, como hemos visto, ya las normas internacionales se han referido al respecto estableciendo excepciones en las cuales no es necesario la obtención de un consentimiento informado. Se recuerda las excepciones a un consentimiento informado establecidas en el principio 11 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, siendo estas que se trate de un paciente involuntario, que se compruebe que el paciente se encuentra incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al tratamiento propuesto, que el paciente se niegue irracionalmente a dar su consentimiento, o si se comprueba que el tratamiento propuesto es el más indicado para atender las necesidades de salud.

---

<sup>43</sup> Ibidem. *“Artículo 183. El médico puede rehusar la atención de un paciente: a) Cuando el paciente o sus representantes legales hayan optado por una alternativa terapéutica que vaya contra el criterio razonable del médico o contra los principios morales, religiosos o filosóficos del médico. b) Haya sido objeto de una denuncia en instancias administrativas o judiciales por parte del paciente o su representante legal, que ponga en riesgo la relación médico-paciente. Este derecho no se aplica en los casos de emergencias, cuando exista un peligro inminente que ponga en riesgo la vida o comprometa gravemente la salud del paciente. En tales casos, el médico debe actuar sin dilación alguna, brindando los servicios que estén a su alcance, para procurar resolver la emergencia y luego referir al paciente a un centro de salud donde puedan darle continuidad a los servicios médicos”.* (Énfasis agregado).

En lo que respecta al producto final de esta tesis, se afirma que no se comparten parte de las excepciones propuestas en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, ya que parece que en algunas, aún y cuando una persona se encuentre en toda su capacidad de tomar una decisión, estos tratamientos o intervenciones serían administradas si un profesional en medicina considera que se trata de una negación irracional y que se trata del medicamento o tratamiento idóneo para el paciente, lo cual, a final de cuentas resultaría en una violación de la autonomía personal. Debe quedar claro, que la única forma en que se puede omitir la consecución de un consentimiento informado debe ser cuando el paciente, por valoración médica, no se encuentre en un estado mental idóneo para la toma de decisiones y que esto pueda poner en riesgo su vida o su salud, o la de terceros.

El Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social también establece las siguientes excepciones al consentimiento informado:

Artículo 9. Excepciones. No será necesario el consentimiento de la persona usuaria, en los siguientes casos: a. Cuando la omisión del procedimiento clínico suponga un riesgo para la salud pública, como en los casos de prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles, contaminación radioactiva u otros, según lo disponga el Ministerio de Salud o la Ley General de Salud; o en

situaciones excepcionales o de emergencia previstas en el ordenamiento jurídico costarricense, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros. b. En la atención de emergencia clínica, que implique la aplicación del procedimiento clínico, de forma inmediata, con la imposibilidad real de informar a la persona usuaria, o a otra persona a ella vinculada. c. En el internamiento involuntario por valoración calificada de un profesional en medicina especialista en psiquiatría o cuando medie una decisión judicial. De dichas condiciones se dejará constancia en el expediente de salud o registro respectivo por parte del profesional responsable del procedimiento clínico. Los anteriores casos no excluyen el derecho de la persona usuaria de recibir la información clínica sobre el procedimiento realizado, cuando procediere.

Como se puede observar, el Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social ofrece excepciones al consentimiento informado basados en razones de interés público, el bien común y el derecho de terceros, en la atención de emergencia clínica y por razones de un internamiento involuntario por valoración calificada de un profesional en medicina especialista en psiquiatría o cuando medie una decisión judicial. Sumado a lo anterior, deja claro que el hecho que se omita un consentimiento informado, no quiere decir que se deba dejar al paciente por fuera de la toma de decisiones presentes y futuras, si no que en caso de que esa persona vuelva a recuperar su capacidad para tomarlas, se le debe integrar, y, además, se le debe proveer toda la información clínica sobre los procedimientos o el tratamiento realizado. Se considera que

estas excepciones se encuentran apegadas a los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Cabe mencionar, que, en cuanto al consentimiento informado, la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad indica que es una obligación de la persona garante para la igualdad jurídica, el no brindar consentimiento informado, en sustitución de la persona con discapacidad<sup>44</sup>.

#### **iv. Internamiento Involuntario.**

Un internamiento, consiste en disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión, etc.<sup>45</sup>. Algo voluntario, nace de la voluntad y no por fuerza o necesidad extraña a aquella<sup>46</sup>. Por ende, para efectos de la presente investigación, se afirma que un internamiento involuntario se trata de un ingreso de una persona a un centro de salud, de forma no voluntaria, es decir, sin que exista una voluntad expresa por parte del paciente.

---

<sup>44</sup> Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, Artículo 11 inciso h).

<sup>45</sup> Real Academia Española. Consultado el día 08 de diciembre del 2023. <https://dle.rae.es/internar?m=form&m=form&wq=internar>

<sup>46</sup> Ibidem. “voluntario”. <https://dle.rae.es/voluntario%20?m=form&m=form&wq=voluntario%20>

Como ya vimos, no se abarcarán los casos en donde una persona se encuentre completamente inconsciente a la hora de su ingreso, si no en los casos en donde una persona manifiesta expresamente su negativa a dicho internamiento, pero que existen razones médicas calificadas que determinan que esa persona no tiene la capacidad para emitir un consentimiento informado teniendo su capacidad de raciocinio disminuido.

En España, un internamiento involuntario trata de un proceso judicial mediante el cual una persona es admitida en un centro de salud mental sin su consentimiento y el objetivo principal es el de garantizar su seguridad y tratamiento del paciente, así como el bienestar de la sociedad en general<sup>47</sup>. Dicho proceso judicial se encuentra regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que será desarrollado en los siguientes capítulos.

En Costa Rica, la única ley de la República que regula aspectos relativos a los internamientos involuntarios es la Ley General de Salud en su artículo 30 que también será desarrollado en los próximos capítulos.

---

<sup>47</sup> Romero Gallo Abogados, *“Internamiento No voluntario. El internamiento no voluntario, también conocido como internamiento o ingreso involuntario, es un procedimiento legal mediante el cual una persona es admitida en un centro de salud mental sin su consentimiento. El objetivo principal del internamiento involuntario es garantizar la seguridad, atención y tratamiento, además del bienestar tanto del individuo como de la sociedad en general. El artículo 763 L.E.C. de España trata sobre el internamiento de una persona que no puede decidirlo por sí misma, incluso si está sujeta a la patria potestad o a tutela, requiere autorización judicial. Establece los procedimientos y requisitos para el internamiento no voluntario y busca salvaguardar los derechos de la persona afectada al requerir autorización judicial previa, garantizar su participación y permitir la revisión periódica de la medida de internamiento por parte del tribunal”*. Municipio en Gran Canaria, España. Consultado el día 08 de diciembre del 2023. <https://romerogalloabogados.com/internamiento-no-voluntario/#:~:text=El%20internamiento%20no%20voluntario%2C%20tambi%C3%A9n,salud%20mental%20sin%20su%20consentimiento.>

## CAPÍTULO II

**El Sr. Winterwerp . denuncia las actuaciones seguidas en su caso, alegando en concreto que nunca fue oído, ni le fueron notificados los autos de los diferentes Tribunales, que tampoco recibió asistencia legal alguna y que, por último, no tuvo ocasión de impugnar los informes médicos<sup>48</sup>.**

### **El tratamiento internacional de los internamientos involuntarios por trastorno mental.**

Llámesele como se le llame, lo cierto del caso es que un internamiento involuntario se trata de una privación de la libertad, siendo que es la acción de retener a una persona en un centro hospitalario en contra de su voluntad. Claro está, esto se realiza con la pretensión del mejor interés de la persona, de modo que pueda recibir el tratamiento idóneo que garantice su mejoría y su reintegración en la sociedad en el menor plazo posible, sin embargo, también es cierto que ese camino en dirección a la mejoría de ese paciente, podría, sin los controles del caso, significar una violación al derecho humano de la libertad, y como tal, merece la vigilancia necesaria que garantice, en todo momento, que los derechos humanos de ese paciente en estado de vulnerabilidad, fueron observados y respetados.

---

<sup>48</sup> Caso Winterwerp v. Países Bajos. Sentencia del 24 de octubre de 1979.

Si bien existen otros países que cuentan con legislación que regula el tema de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento, sin que esté de por medio la comisión de un delito, como es el caso de Argentina con su Ley 26657 llamada Derecho a la Protección de la Salud Mental promulgada el 02 de diciembre del 2010, se escogió el estudio de su tratamiento en España, debido a la abundante jurisprudencia que ha cuestionado el tema, y sigue cuestionando la legislación relativa a los internamientos involuntarios, así como la postura que ha tomado al respecto, tomando en cuenta sus recursos económicos y políticos.

Sobre este aspecto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, tomando como base diferentes votos significativos relativos al tema, estableció los criterios esenciales para llevar a cabo un internamiento involuntario, criterios que han sido adoptados por la legislación española, los cuales consisten en que un internamiento involuntario es una medida terapéutica de carácter excepcional y que no puede prolongarse si no persiste la alteración mental que la ocasionó. Además, se establece que resulta indispensable el control judicial de esos internamientos, que el paciente debe tener la posibilidad de ser oído personalmente o mediante alguna forma de representación, que sea informado de las condiciones del internamiento y que la decisión judicial debe adoptarse en un plazo breve <sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> M. Ibáñez Bernáldez y M. Casado Blanco, “Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos”. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)*. Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz, España. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Semergen. 2018;44 (2): pág. 126. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-internamiento-no-voluntario-del-paciente-S1138359317301430>

Dicho esto, se procederá con un análisis histórico del tratamiento de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en España, y de los cuestionamientos hechos a dicha norma, así como los ajustes realizados en garantía del respeto a los Derechos Humanos de los pacientes.

### **A) Internamientos involuntarios en España**

Previo a adentrarnos en la aplicación de la Ley española, resulta imperante hacer referencia al artículo 17 de la Constitución Española, el cual reza lo siguiente:

Artículo 17.

1. 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.
2. La detención preventiva no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, en el plazo máximo de setenta y dos horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial.
3. Toda persona detenida debe ser informada de forma inmediata, y de modo que le sea comprensible, de sus derechos y de las razones de su detención, no

pudiendo ser obligada a declarar. Se garantiza la asistencia de abogado al detenido en las diligencias policiales y judiciales, en los términos que la ley establezca.

4. La ley regulará un procedimiento de «habeas corpus» para producir la inmediata puesta a disposición judicial de toda persona detenida ilegalmente. Asimismo, por ley se determinará el plazo máximo de duración de la prisión provisional.

El citado artículo es la base que rige los internamientos involuntarios en España, del cual se puede extraer que toda persona tiene derecho a su libertad, que nadie puede ser privado de ella si no es en la forma y en los casos previstos por ley, que esa previsión no puede ser mayor a lo estrictamente necesario mientras se hacen las averiguaciones que ayuden a esclarecer los hechos y en todo caso, dicho plazo no puede ser mayor a 72 horas en las que quien haya sido detenido tiene que ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial. Sumado a lo anterior, la Constitución española es clara al indicar que debe de garantizarse la asistencia de un abogado al detenido, en los términos que la ley establezca.

Es posible analizar mucha jurisprudencia relacionada al tratamiento judicial de los internamientos involuntarios en España, sin embargo, para efectos del presente trabajo de investigación se hará mención a aquellas resoluciones que se consideran más importantes, las cuales son las siguientes:

## **Resolución 129/1999 del Tribunal Constitucional de España**

En primera instancia, se cita la resolución 129/1999 del 01 de julio emitida por el Tribunal Constitucional de España, la cual es referencia en otras resoluciones que se analizarán más adelante, y abarca aspectos trascendentales en relación con los internamientos involuntarios en España.

El caso narra que, en el año 1994, una trabajadora social, al brindarle protección social a una persona mejor de edad, identificó que la madre del niño presentaba diversas alteraciones que llaman “psíquicas”, motivo por el cual solicitó un informe al centro de salud de Albaterra. Dicho informe mostró que la madre padecía de síndrome esquizofrénico y que esto suponía una peligrosidad social, por lo que la trabajadora social solicitó a un Juzgado su internamiento en un centro psiquiátrico para que de esta forma recibiera el tratamiento necesario.

Una vez la trabajadora social hizo la solicitud de internamiento, el Juzgado realizó una serie de diligencias para determinar la conveniencia de dicho internamiento, las cuales consistieron en determinar la realidad económica, social, sanitaria y familiar de la madre. Para llevar a cabo dichas diligencias el Juzgado envió a una comisión judicial a la vivienda de la persona en cuestión, integrada por un médico forense que la examinó y concluyó por medio de un dictamen médico forense del Juzgado que la mujer padecía de "síntomatología correspondiente a un cuadro psicótico agudo, con ideación delirante" y que, en efecto resultaba necesario un internamiento, todo lo anterior, con base en lo estipulado en el párrafo

segundo del actualmente derogado artículo 211 del Código Civil español. Los motivos de la declaración de dicha derogación serán abarcados más adelante.

Dicho artículo decía lo siguiente:

Artículo 211. El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4.º, el Juez, de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

A pesar de ello, el Magistrado - Juez que recibió la solicitud de internamiento, planteó la posible inconstitucionalidad de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 211 supra

mencionado, en relación con lo estipulado en los artículos 24.1<sup>50</sup>, 24.2 y 17.1 de la Constitución Política española, debido a que consideró que este internamiento, tal y como fue realizado, violentaba el derecho de defensa de la persona internada, por lo que el 03 de diciembre de 1993 se eleva la cuestión de inconstitucionalidad. A ello, el órgano judicial señaló, a su parecer, las siguientes violaciones:

1. Viola el derecho a no padecer indefensión, garantizado por el artículo 24.1 de la Constitución, ya que posibilita la emisión de una resolución en donde se autorice un internamiento involuntario en un centro psiquiátrico, sin garantizar una defensa efectiva de la persona afectada y que se le dé la oportunidad de oponerse a dicho internamiento. No se le da la posibilidad de que el Ministerio Fiscal funja como defensor del afectado según lo preveía el artículo 207 del Código Civil español, por no haber promovido el procedimiento, ya que, además, carece de una necesaria articulación procesal.
2. Viola el artículo 24.2 de la Constitución española por infringir el derecho fundamental a un debido proceso con todas las garantías del caso, a la asistencia de un letrado y a la posibilidad de presentar prueba.

---

<sup>50</sup> *“Artículo 24. 1. Todas las personas tienen derecho a obtener tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión. 2. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia. La ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos”.*

3. Viola el derecho a la libertad reconocido en el artículo 17.1 de la Constitución española, al no existir una ley que regule el procedimiento a seguir en relación con los internamientos involuntarios, es decir, no existe una norma procesal específica para su sustanciación<sup>51</sup>.

Posterior a ello, el Tribunal Constitucional español dio audiencia al Congreso de los Diputados y al Senado por medio de sus presidentes, al Gobierno por medio del Ministerio de Justicia, y al Fiscal General del Estado, a lo cual el Presidente del Congreso de los Diputados comunicó al Tribunal Constitucional que dicha Cámara no se apersonaría en el procedimiento ni formularía alegaciones, poniéndose a disposición del Tribunal en las actuaciones que requiriese y el Presidente del Senado comunicó que se le diera por apersonado.

En cuanto al abogado del Estado, este afirmó que la literalidad del artículo en cuestión no era inconstitucional, siempre que se interpretara conforme a la Constitución, lo que consideró perfectamente realizable, sin interpretaciones officiosas o forzadas, simplemente interpretando que es necesario que el incapaz sea escuchado ante un juez. Para ello se basó en la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, específicamente en el artículo

---

<sup>51</sup>Tribunal Constitucional de España. Resolución 129/1999 del 01 de julio. *“Al no haber sido aprobada alguna norma procesal que regule el procedimiento aplicable al efecto, no existe Ley que prevea, tal como requiere el mencionado precepto constitucional, la forma de la privación de libertad. De otro lado, esta norma procesal debería revestir el carácter de orgánica, de acuerdo con lo previsto en el art. 81 de la Constitución”*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1999-16571>

5.4 del Convenio Europeo de Derechos Humanos ya mencionado en los antecedentes del presente trabajo de investigación.

Indica el abogado del Estado que dicha doctrina establece que las garantías exigibles en los casos de internamientos involuntarios no tienen por qué ser idénticas a las prescritas en el artículo 6.1<sup>52</sup> del Convenio Europeo de Derechos Humanos para el derecho civil o penal. Además, indica que: 1. En todo caso debe de garantizarse audiencia al presunto incapaz, 2. Que el procedimiento debe establecer mecanismos de revisión del internamiento a instancia administrativa o a lo interno del centro de salud, 3. Que el habeas corpus es una garantía insuficiente para el internamiento inicial y 4. Que es necesario, en todo caso, un peritaje médico objetivo. Lo anterior lo afirma tomando como base los pronunciamientos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en los asuntos Winterwerp vs Países Bajos y X contra Reino Unido.

En cuanto al Fiscal General del Estado, el mismo solicitó la desestimación del caso al considerar que no existe inconstitucionalidad alguna por las siguientes razones:

---

<sup>52</sup> “Artículo 6. Derecho a un proceso equitativo. 1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella. La sentencia debe ser pronunciada públicamente, pero el acceso a la sala de audiencia puede ser prohibido a la prensa y al público durante la totalidad o parte del proceso en interés de la moralidad, del orden público o de la seguridad nacional en una sociedad democrática, cuando los intereses de los menores o la protección de la vida privada de las partes en el proceso así lo exijan. 2. El presente artículo no impedirá el juicio o la condena de una persona culpable de una acción o de una omisión que, en el momento de su comisión, constituía delito según los principios generales del derecho reconocido por las naciones civilizadas”.

1. En relación con la posible inconstitucionalidad derivada del hecho que el artículo 211 del Código Civil no conceda la posibilidad de proponer prueba y que no haga posible el derecho a un contradictorio, indica que, siendo que el internamiento es un acto de jurisdicción voluntaria cuya normativa procesal se encuentra en el contenido del párrafo segundo del artículo 211 en cuestión y en las normas generales de los actos de jurisdicción voluntaria, sí existe un trámite procesal y que sí reúne los requisitos constitucionales del caso. Afirma que se debe aplicar la Ley de Enjuiciamiento Civil, en cuyos artículos sí permite la presentación de prueba y el derecho a oponerse, en cuyo caso, se convierte en un proceso contencioso. Indica el Fiscal del Estado que esto se deduce del mismo artículo 211 donde indica que los hechos deben ponerse en conocimiento del Ministerio Fiscal. También indica que la Ley de Enjuiciamiento Civil permite la audiencia a los interesados o a todas las personas que indique el promotor, que el juez puede modificar su resolución y que contra esa decisión cabe un recurso de apelación. Siendo así, afirma que sí existe normativa procesal para regular los internamientos involuntarios y estima que dicho proceso es el idóneo.
2. Afirmó que el segundo párrafo del artículo 211 en cuestión no es contrario al artículo 24.1 de la Constitución Política española, ya que considerar que es inconstitucional solo porque la literalidad del artículo no habla de un derecho de defensa resulta un formalismo excesivo, al no tener en cuenta el concepto de defensa constitucional y que el órgano judicial debe de interpretar las normas de la jurisdicción voluntaria como mejor beneficie al afectado, ya que este, al no estar declarado como incapaz, puede defenderse ante tal internamiento.

3. A discreción del Fiscal General del Estado, el hecho que el artículo 211 diga “El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización ...”, significa que el órgano judicial debe ver al paciente, oírlo y observarlo, siendo este el requisito esencial para la validez del procedimiento. Que, en esa audiencia, el enajenado puede hacer las alegaciones pertinentes, puede nombrar al letrado que le defienda y puede solicitar la práctica de pruebas.
4. A juicio del Fiscal General del Estado, tampoco el precepto cuestionado es contrario al artículo 17.1 de la Constitución Política española, en vista que dicho trámite procesar, sí existe.
5. Indica que, según la doctrina consolidada del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, para que sea posible privar a una persona de su libertad, se debe establecer judicialmente que el paciente padece de una perturbación mental comprobada médicamente de forma objetiva, y de tal magnitud que justifique un internamiento y es por eso que es necesario el proceso judicial, ya que a través de este es que se comprueba la necesidad de ese internamiento. Además, hace mención de que, a su parecer, se cumplen los requisitos exigidos por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el sentido que solo procederá un internamiento cuando un médico determine que esa persona padece un trastorno mental que puede constituir un peligro grave a sí mismo o a terceros, o suponga un deterioro de su enfermedad.
6. Por último, indicó que no basta con un informe médico, si no que el órgano judicial tiene que ver al paciente y examinarle y comprobar por sí mismo su situación real y

que el juicio resultante de esa apreciación tiene que plasmarse en la resolución que deniega o aprueba el internamiento.

Con el análisis de la resolución 129/1999 se puede tener una idea de las gestiones procedimentales por medio de las cuales se llevan a cabo los internamientos involuntarios en España, desde aquel entonces. Se ha podido concluir que en España existe la posibilidad de acudir a un órgano judicial a solicitar el internamiento involuntario de una persona y que una vez hecha dicha solicitud, el Juzgado tiene la potestad de nombrar una comisión judicial que acude a la vivienda de esta persona y ejecuta una serie de diligencias para determinar la realidad económica, social, sanitaria y familiar del paciente.

En el caso 129/1999 que nos compete, el Tribunal Constitucional español resolvió haciendo las siguientes conclusiones:

1. Que la garantía de la libertad personal establecida en el artículo 17.1 de la Constitución española, entiéndase, que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad y que nadie puede ser privado de su libertad si no con observancia en ese mismo artículo y en los casos y la forma prevista en la ley, alcanza a quienes son objeto de una decisión judicial de un internamiento involuntario<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> *“La garantía de la libertad personal establecida en el art. 17.1 de la Constitución alcanza, desde luego, a quienes son objeto de la decisión judicial de internamiento a que se refiere el art. 211 C.C. Es, en efecto, doctrina de este Tribunal, que dentro de los casos y formas mencionados en el art. 17.1 "ha de considerarse*

2. Que un internamiento involuntario, al tratarse de una privación de la libertad, es obvio, solo puede ser acordada judicialmente<sup>54</sup>.
3. Reitera lo ya resuelto en la resolución STC 112/1988 del Tribunal Constitucional español, en el sentido que, en ambos casos, tanto en los internamientos involuntarios por trastornos mentales, como en las sentencias penales donde se ordene un internamiento en centro psiquiátrico, existe una privación de libertad de una persona por trastorno psíquico, tanto en beneficio de sí mismo como de la sociedad, motivo por el cual, calza dentro de los preceptos del artículo 5.1<sup>55</sup> del Convenio Europeo de Derechos Humanos.
4. Que en España sí existen las normas procedimentales que regulan los internamientos involuntarios tanto en el artículo 211 del Código Civil y en los artículos 1.811 a

---

*incluida [...] la (detención regular... de un enajenado), a la que se refiere el art. 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos" (STC 104/1990, fundamento jurídico 2.º)".*

<sup>54</sup> *"En tanto que constitutiva de una privación de libertad, es obvio que la decisión de internamiento sólo puede ser acordada judicialmente y que, en lo que aquí importa, el precepto que la hace posible sólo puede ser una Ley Orgánica, pues, dada su condición de norma que fija uno de los casos en que una persona puede ser privada de libertad, concurre al desarrollo del derecho fundamental garantizado en el art. 17.1 (STC 140/1986)".*

<sup>55</sup> *"Artículo 5. Derecho a la libertad y a la seguridad. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley: a) Si ha sido privado de libertad legalmente en virtud de una sentencia dictada por un tribunal competente; b) Si ha sido detenido o privado de libertad, conforme a derecho, por desobediencia a una orden judicial o para asegurar el cumplimiento de una obligación establecida por la ley; c) Si ha sido detenido y privado de libertad, conforme a derecho, para hacerle comparecer ante la autoridad judicial competente, cuando existan indicios racionales de que ha cometido una infracción o cuando se estime necesario para impedirle que cometa una infracción o que huya después de haberla cometido ; d) Si se trata de la privación de libertad de un menor en virtud de una orden legalmente acordada con el fin de vigilar su educación o de su detención, conforme a derecho, con el fin de hacerle comparecer ante la autoridad competente ; e) Si se trata de la privación de libertad, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo; f) Si se trata de la detención o de la privación de libertad, conforme a derecho, de una persona para impedir su entrada ilegal en el territorio o contra la cual esté en curso un procedimiento de expulsión o extradición".*

1.824<sup>56</sup> de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en lo que respecta a los trámites de jurisdicción voluntaria y que en dicho proceso se garantizan el derecho de defensa y oposición y a utilizar los medios de prueba que se consideren pertinentes.

A pesar de que en esa ocasión se determinó que no existían vicios de constitucionalidad, se hace referencia al voto particular del Magistrado Pablo García Manzano, quien no concuerda con el voto de mayoría, y llega a las siguientes conclusiones:

1. Que la duda de constitucionalidad no puede limitarse al párrafo segundo del artículo 211 del Código Civil, ya que dicho párrafo segundo se encuentra ligado a la habilitación legal para otorgar o denegar un internamiento involuntario encontrada en el párrafo primero de dicho numeral.
2. Que un proceso de incapacitación y un proceso de internamiento involuntario son cosas completamente distintas<sup>57</sup>.
3. Que el artículo 211 en cuestión, al fijar condiciones para privar de la libertad a una persona, sí desarrolla derechos fundamentales y libertades públicas, por lo que, en

---

<sup>56</sup> Real Decreto de 3 de febrero de 1881 por el que se aprueba el proyecto de reforma de la Ley Enjuiciamiento civil. LIBRO III, Jurisdicción voluntaria. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1881-813>

<sup>57</sup> *“El internamiento que el Juez cuestiona, el involuntario o forzoso, es una medida autónoma, que se desarrolla fuera del ámbito del juicio de menor cuantía dirigido a la declaración judicial de que una persona es incapaz y necesita mecanismos de tutela. La no necesaria vinculación de estos dos ámbitos es puesta de manifiesto por la regulación contenida en los arts. 199 y siguientes del cuerpo legal en que se inserta la medida de internamiento, como ha destacado la doctrina, y establecido la jurisprudencia civil (Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1986)”*.

efecto, resulta inconstitucional al regularse mediante una ley ordinaria, y no una ley orgánica como lo exige el artículo 81<sup>58</sup> de la Constitución Política de España<sup>59</sup>.

4. Que la interpretación de mayoría, en el sentido que sí existen normas procedimentales que regulan los internamientos involuntarios en España, refiriéndose a los artículos 211 del Código Civil y los artículos 1.811 a 1.824<sup>60</sup> de la Ley de Enjuiciamiento Civil, solo evidencia la necesidad de que exista una ley específica para la regulación del tema, ya que “sigue dejando al descubierto las insuficiencias y carencias en este aspecto procedimental”, las cuales son resumidas de la siguiente forma: a) La falta de claridad en cuanto a los presupuestos para que proceda un internamiento involuntario, en relación con el estado de salud que debe presentar la persona para que sea procedente un internamiento. b) Falta de claridad en relación con quiénes son los sujetos legitimados para promover o solicitar un internamiento involuntario. Cuestiona, tal y como sucede en este caso, si un ayuntamiento o su alcalde, a través de una trabajadora social, se encuentran legitimados para ello. c) Falta de claridad en cuanto a quién es el Juez competente. d) La falta de efectiva oposición y defensa por parte del afectado. Hace referencia a que en el caso en concreto, la señora Josefa Serna Zaplana, la paciente, no tiene los medios para pagar a un abogado que la

---

<sup>58</sup> *“Artículo 81. 1. Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución. 2. La aprobación, modificación o derogación de las leyes orgánicas exigirá mayoría absoluta del Congreso, en una votación final sobre el conjunto del proyecto”.*

<sup>59</sup> *“En una Ley que, por el hecho de fijar las condiciones de tal privación, es desarrollo del derecho que así se limita”. Ha de concluirse, por lo tanto, que el rango formal de la norma cuestionada no se ajusta a la Constitución, por hallarse contenida en Ley Ordinaria como es el Código Civil y las normas de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre jurisdicción voluntaria, tal como entendió acertadamente el Juez proponente”.*

<sup>60</sup> Real Decreto de 3 de febrero de 1881 por el que se aprueba el proyecto de reforma de la Ley Enjuiciamiento civil. LIBRO III, Jurisdicción voluntaria. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1881-813>

defienda o la represente y que tampoco puede gozar del beneficio de asistencia jurídica gratuita establecido en el artículo 6.3 de la Ley 1/1996, de 10 de enero, sobre Asistencia Jurídica Gratuita y e) La falta de claridad en cuanto al “genuino significado y alcance de la autorización judicial previa: en su virtud, ¿el Juez ordena el internamiento, o éste internamiento puede ser realizado, en función de criterios médicos, de previo a que el Juez lo haya permitido?<sup>61</sup>”.

Como se puede observar, el Magistrado García Manzano difiere del voto de mayoría, y hace énfasis en la necesidad de que exista una ley específica de carácter orgánico que regule los internamientos involuntarios en España, dado que considera que la normativa que regula el proceso de jurisdicción voluntaria es omisa en una serie de aspectos indispensables, motivo por el cual deja muchas lagunas de interpretación. Se concuerda con el voto del Magistrado García.

### **Resolución 131/2010 del Tribunal Constitucional de España**

Analizada la resolución 129/1999 del 01 de julio emitida por el Tribunal Constitucional de España, se cita la resolución 131/2010, de 2 de diciembre del mismo Tribunal Constitucional

---

<sup>61</sup> *“De lo anterior ha de concluirse, en mi opinión, que procede la sustitución de la escueta regulación contenida en el art. 211 C.C., por otra más acomodada a las exigencias constitucionales, garantizando de tal modo que el derecho fundamental a la libertad de toda persona -"el más fundamental de todos ellos", según el legislador de la Ley sobre habeas Corpus, en su Preámbulo- sea objeto de la adecuada previsión legal en norma con rango de Ley Orgánica, en la que se contengan, de manera precisa, los casos y la forma en que la privación de libertad, en que consiste el internamiento involuntario por razón de enfermedad mental, ha de producirse”.*

en donde nuevamente se cuestiona la constitucionalidad del artículo 211<sup>62</sup> del Código Civil español, solo que esta vez no se cuestionó el párrafo segundo, si no que se cuestionó el primero, en la redacción de la disposición final duodécima de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil<sup>63</sup>.

Recordemos que dicho párrafo es el que indica que el internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que por razones de urgencia se haga necesario el internamiento previo, del que se dará cuentas posteriormente ante el Juez y en todo caso dentro del plazo de 24 horas.

En esta ocasión, el caso narra el hecho de que una madre, en fecha 24 de septiembre de 1999 solicitó, vía proceso de jurisdicción voluntaria, el internamiento de su hija mayor de edad en un centro psiquiátrico, por el padecimiento de trastornos psíquicos y drogodependencia. El Juzgado, ordenó que los exámenes correspondientes sobre el estado de salud se realizaran a la presunta afectada para el día 27 de setiembre de 1999, es decir, 3 días después de la solicitud, a fin de determinar la necesidad de este internamiento.

---

<sup>62</sup> *“Disposición final duodécima. El primer párrafo del artículo 211 del Código Civil tendrá la siguiente redacción: «El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor»”.*

<sup>63</sup> Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. España. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>

En esta ocasión, el órgano judicial volvió a cuestionar la constitucionalidad de este artículo, alegando, nuevamente, que, al desarrollar la privación de libertad, debe ser regulado por medio de una ley orgánica y no una ordinaria.

El abogado del Estado manifestó que no era necesario que el artículo 211 en cuestión emanara de una ley orgánica, ya que consideró que no se cumple con los elementos de hecho condicionantes para que esto se exija. El abogado del Estado afirmó, que la literalidad del artículo 17.1 de la Constitución Política española se refería a casos de privación de libertad por causas penales, porque se refiere a la investigación y al aseguramiento de que la persona se someta al proceso penal y que por el contrario, en el caso de los internamientos, se realizan en beneficio del afectado a fin de tratar su enfermedad<sup>64</sup>, por lo que justifica la ejecución de los internamientos involuntarios como producto del artículo 49<sup>65</sup> de la Constitución Política española, es decir, como un deber de España y en pro de la salud de afectado.

En todo caso, el abogado del Estado afirmó que el artículo 211 del Código Civil en cuestión fue derogado por la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, de 7 de enero del 2000 en la

---

<sup>64</sup> *“Una medida de estas características -prosigue el representante del Gobierno- tiene mucha más relación con las previsiones del art. 49 CE, precepto éste que habilitaría el internamiento, “operando como el mejor desarrollo y, desde luego, la mejora garantía del derecho a la libertad”. El art. 211 del Código civil no sería sino una concreción del mandato constitucional establecido en el art. 49 CE en orden al tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”.*

<sup>65</sup> *“Artículo 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.*

Disposición derogatoria única<sup>66</sup>, por lo que carece de interés la resolución del caso. Siendo así, solicitó que el mismo fuera desestimado.

En el caso del Fiscal General del Estado, este hace referencia a la resolución STC 129/1999 ya analizada, concluyendo que en esta ocasión sí existe un vicio de constitucionalidad, al considerar que el precepto cuestionado tiene que revestir la forma de ley orgánica en vista que incide directamente sobre el derecho a la libertad personal. Sumado a lo anterior, hace referencia a la importancia de que exista una ley específica dirigida para regular los internamientos involuntarios. Por último, el Fiscal General del Estado hace referencia al mismo caso Caso Winterwerp v. Países Bajos ya mencionado en diferentes ocasiones, relativo a las condiciones y circunstancias en las que puede acordarse una privación de libertad por internamiento involuntario y que, a discreción del Fiscal General, no se cumplen en el caso 131/2010 en estudio, lo cual, sumado al hecho que se requiere una ley orgánica, también reforzaría la teoría de inconstitucionalidad.

El Tribunal Constitucional español, hechas todas las audiencias del caso, resolvió basado en la resolución 129/1999, en el sentido que si el artículo 211 párrafo primero en cuestión establecía un supuesto en que cabe privar a una persona de su libertad, en efecto debe ser

---

<sup>66</sup> Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, de 7 de enero del 2000. España. *“Disposición derogatoria única (...) 2. Quedan también derogados los siguientes preceptos, leyes y disposiciones: 1.º El apartado segundo del artículo 8; el párrafo segundo del apartado sexto del artículo 12; los artículos 127 a 130, incluido; el párrafo segundo del artículo 134 y el artículo 135; los artículos 202 a 214, incluido; 294 a 296, incluido, y 298; y los artículos 1214, 1215, 1226 y 1231 a 1253, incluido, todos ellos del Código Civil”*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>

aprobada por ley de carácter orgánico<sup>67</sup>, motivo por el cual declaró su inconstitucionalidad, más no declaró su nulidad.

Esto lo fundamenta indicando que declarar la norma como nula, significaría crear un vacío en el ordenamiento jurídico, tomando en cuenta que el contenido del artículo no ha sido cuestionado, sino que solo se ha cuestionó su formalidad orgánica. El Tribunal Constitucional español indica que siendo así, y estando pendiente de resolver la acción de inconstitucionalidad<sup>68</sup> interpuesta en contra del artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, de 7 de enero del 2000, se declara la norma como inconstitucional, más no se anula<sup>69</sup>. Dicha acción de inconstitucionalidad es justamente el objeto de la siguiente resolución que será analizada.

## **Resolución 132/2010 del Tribunal Constitucional de España**

---

<sup>67</sup> *“Así pues el art. 211, párrafo primero, del Código civil, en la redacción dada a dicho precepto por la disposición final duodécima de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, tiene por objeto un asunto, el internamiento forzoso de personas que padezcan trastornos psíquicos, que afecta a materia incluida en el ámbito de la reserva de ley orgánica establecida en el art. 81.1 CE, en relación con el art. 17.1 CE, como este Tribunal ya declaró en la citada STC 129/1999, FJ 2”.*

<sup>68</sup> Tribunal Constitucional de España. Cuestión de inconstitucionalidad número 4542/2001. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-18895>

<sup>69</sup> *“Vigente, pues, como norma ordinaria durante toda su existencia, el párrafo primero del art. 211 del Código civil, ha de ser declarado inconstitucional, pero no nulo, como antes ya se dijo, por lo que despliega todos sus efectos hasta su derogación por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil desde el 8 de enero de 2001 (fecha de entrada en vigor de la misma), sin perjuicio de la correspondiente modulación de esos efectos que pudiera resultar de lo establecido en las disposiciones transitorias de dicha ley, cuyo art. 763.1 regula actualmente la medida judicial de internamiento forzoso por razón de trastornos psíquicos, precepto sobre el que este Tribunal ha de pronunciarse al resolver la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4542-2001, planteada por el mismo órgano judicial del que procede la presente cuestión, como ya se dijo”.*

Mediante Sentencia 132/2010, del 2 de diciembre de 2010, el Tribunal Constitucional de España resolvió la cuestión de inconstitucionalidad número 4542-2001 planteada en contra de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Al considerarse necesario, se cita textualmente el contenido del artículo 763 supra mencionado:

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. 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.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Nótese, que la Ley 1/2000 entró en vigencia el 07 de enero del 2000 y la presente acción de inconstitucionalidad es interpuesta en fecha 8 de agosto de 2001, por ya existir casos relativos a internamientos involuntarios que requerían de una revisión de constitucionalidad.

Esta vez trata de la solicitud presentada en fecha 20 de junio del 2001 por una mujer ante la jurisdicción voluntaria, a fin de que se interne a su tío en un centro psiquiátrico a causa del padecimiento de trastornos psíquicos y alcoholismo. El Juez de primera instancia le da trámite al proceso y ordena para que, al día siguiente, el 21 de junio, se le realicen los exámenes correspondientes al presunto afectado en relación con su estado de salud y se determine la conveniencia de ordenar un internamiento.

El día 25 de junio del 2001, una vez verificado el respectivo examen, el Juez acordó requerir a las partes y al Ministerio Fiscal para que en un plazo de 10 días y con la suspensión del trámite, alegaran lo que estimaran conveniente en relación con la posible inconstitucionalidad

del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por infracción a los artículos 17.1 y 81.1 de la Constitución española. En fecha 27 de julio del 2001 el Ministerio público concuerda con el órgano judicial de que se debe de plantear la inconstitucionalidad de la norma.

Dentro de los argumentos que existieron para cuestionar su constitucionalidad, repite que las garantías de libertad personal establecida en el artículo 17.1 de la Constitución Política alcanzan a la materia de internamientos involuntarios del artículo 763, según la doctrina de la resolución 129/1999 ya analizada, por lo que debe tener carácter de orgánica acorde a lo estipulado en el artículo 81.1 de la Constitución Política española, no carácter de ley ordinaria como lo tenía le Ley de Enjuiciamiento Civil.

Una vez hecha la audiencia a la presidencia del Senado y a la presidencia del Congreso de Diputados, el primero se tiene por apersonado y el segundo manifiesta que no se apersonaría en el procedimiento ni formularía alegaciones, poniendo a disposición del Tribunal Constitucional las actuaciones de la Cámara que pudiera requerir.

Por otro lado, el abogado de Estado, en fecha 23 de octubre del 2001 solicitó que se declare que las disposiciones cuestionadas sí son conformes a la Constitución acorde a los siguientes argumentos:

1. Que las cuestiones presentadas son de pura formalidad en cuanto al requerimiento de ser una ley orgánica y no una ordinaria, sin que se plantee objeciones al contenido,

contenido que fue de elaboración parlamentaria y en donde se tuvo en cuenta la doctrina de los pronunciamientos 104/1990 y 129/1999 del Tribunal Constitucional español.

2. Que considera que la cuestión de inconstitucionalidad es similar a la 4511-1999 (resolución 131/2010) en contra del párrafo primero del artículo 211 del Código Civil español, por lo que los argumentos son trasladables al presente proceso.
3. Reitera, al igual que lo hizo para la resolución 131/2010, que la restricción a la que se refiere el artículo 763 en cuestión, aún y cuando incide en el derecho humano a la libertad, se encuentra suficientemente habilitado por ley ordinaria, al no exigir que el supuesto de hecho de un internamiento involuntario se garantice por medio de una norma orgánica, ya que, considera, el artículo 17.1 de la Constitución Política se refiere a la materia penal. A ello, el abogado del Estado detalla las diferencias entre una privación de libertad motivada por la investigación de un delito y el internamiento por enfermedad psíquica, por lo que repite que en el caso de internamientos penales, existe la comisión de un delito y con ello, el interés de asegurar la investigación del delito y la ejecución de la sentencia, lo que responde a razones de interés social, pero que en el caso de los internamientos por trastornos mentales, se hace en beneficio del paciente y que la libertad se protege en el hecho que se garantice que existen los motivos necesarios para su internamiento, que se le examine, que se le oiga y que medie una decisión judicial.
4. Que si aun así, el Tribunal Constitucional español considerara que la Ley de Enjuiciamiento Civil debe emanar de una ley orgánica, debe tomar en cuenta que fue aprobada “por nada menos que 317 votos a favor sobre 319 emitidos”, por lo que

considera que la “la garantía reforzada que se trata de asegurar con la exigencia de Ley Orgánica ha existido en el presente caso”.

En cuanto a la posición del Fiscal General del Estado, en fecha 29 de octubre del 2001 este solicita que en sentencia se declare la nulidad de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por ser contrarios a los artículos 17.1, 53.1 y 81.1 de la Constitución Política española, reiterando las manifestaciones hechas en la resolución 129/1999 en relación con que la determinación de los supuestos en que procede la privación de libertad, deben ser regulados por medio de una ley orgánica.

Vistas las manifestaciones de los interesados, el Tribunal Constitucional de España declaró la inconstitucionalidad de los siguientes párrafos del artículo 763:

“1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida”.

Sin embargo, al igual que lo hizo para resolver el caso 131/2010 para el artículo 211 del Código Civil español, los declaró inconstitucionales, mas no declaró su nulidad al considerar que esto crearía un vicio no deseable en el ordenamiento jurídico español, sumado al hecho que no se cuestionó su contenido sustancial, sino solo una formalidad<sup>70</sup>.

### **Resolución 141/2012 del Tribunal Constitucional de España**

Ahora bien, hasta el momento, las resoluciones analizadas han descrito escenarios en donde los interesados acuden a la jurisdicción voluntaria de España en solicitud de un internamiento involuntario que no es requerido con urgencia o que no ha sido ejecutado, por lo que de seguido se analizará la resolución 141/2012<sup>71</sup> de 2 de julio del 2012 del Tribunal Constitucional de España, en donde se conoce un internamiento involuntario de urgencia ejecutado sin la respectiva autorización judicial.

Este recurso de amparo es considerado por el Tribunal Constitucional español, como el primero en la historia en “que se enjuicia desde la óptica del derecho fundamental a la libertad personal, un caso de internamiento psiquiátrico urgente<sup>72</sup>”.

---

<sup>70</sup> *“Estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que sólo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica”.*

<sup>71</sup> Tribunal Constitucional de España, Sala Segunda. Sentencia 141/2012, de 2 de julio de 2012. Recurso de amparo 5070-2009. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254)

<sup>72</sup> *Ibidem. “En este caso, la concurrencia de ese interés público se deriva, ante todo, del hecho de que se trata del primer recurso de amparo en el que se enjuicia desde la óptica del derecho fundamental a la libertad*

En fecha 29 de mayo del 2009, se interpone el recurso de amparo número 5070-2009 en contra de una resolución de fecha 21 de mayo del 2009 del Juzgado de Primera instancia de Granada que ratificó una medida de internamiento involuntario urgente por trastorno psiquiátrico y contra la resolución que desestimó el recurso de apelación contra este.

Los hechos son relativos a que el 02 de mayo del 2007, el Director del Hospital Universitario San Cecilio de Granada interpuso sus oficios en la jurisdicción voluntaria de competencia, en donde informó el ingreso de un paciente por vía de urgencia el mismo día 02 de mayo del 2007, quien padece de trastorno bipolar y, según se detalla, desde su internamiento fue sometido a tratamiento con “narcolítico”, motivo por el cual solicitó al Juzgado ratificar el internamiento, para que dicho tratamiento le continúe siendo suministrado.

El Juzgado, en fecha 04 de mayo del 2007 ordenó su registro e incoación de procedimiento de internamiento número 1150-2007, acorde a lo estipulado en el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, decretando que se proceda con el examen de la persona internada y designa al médico forense adscrito a dicho Juzgado (Instituto de medicina legal de Granada) para que emita el dictamen facultativo sobre la procedencia o no de ese internamiento.

---

*personal, un caso de internamiento psiquiátrico urgente, con las peculiaridades que éste presenta en nuestro ordenamiento al acordarse ab initio sin control judicial, conforme luego veremos. Y en segundo lugar y en línea con lo defendido por el Ministerio Fiscal en el escrito de alegaciones por el que se opuso a dicho desistimiento, en razón a que el colectivo al que afecta esta medida es con alguna frecuencia el de las personas con discapacidad mental, al cual califica con razón de “especialmente vulnerable”, lo que confiere a esta materia una innegable importancia social. Por todo ello corresponde denegar el desistimiento solicitado y entrar al examen de fondo del recurso”.*

Sin que conste ninguna otra acción, en fecha 09 de mayo del 2007 consta en el expediente un acta, que parece haber sido levantada por el Magistrado Juez, donde consta haber entrevistado al recurrente en el centro hospitalario donde se encontraba y en donde narra que el recurrente le comentó que lo internaron a la fuerza y menciona los problemas familiares que presenta, especialmente con la esposa y los hijos, sin que conste alguna conducta anómala durante la entrevista, solo que era “hablador y comunicativo”.

No consta dentro del expediente que se le haya informado al paciente en relación con su situación legal ni el derecho a poder designar procurador y abogado, ni su derecho a solicitar pruebas. En la misma fecha 09 de mayo del 2007 consta el peritaje médico forense del doctor nombrado por el Juzgado, en el cual confirmó el diagnóstico de bipolaridad y tratamiento con litio e indica que resulta conveniente continuar con el internamiento. En relación con este internamiento involuntario, el Fiscal manifestó no oponerse al mismo. Posterior a ello, en fecha 16 de mayo del 2007 el Director del Hospital Universitario de San Cecilio informó al Juzgado que el paciente fue dado de alta “... puesto que las causas que recomendaban su hospitalización han cesado”. Es decir, el internamiento involuntario se prolongó del día miércoles 02 de mayo del 2007 al miércoles 16 de mayo del 2007 (15 días).

Posteriormente, una vez el paciente ya se encontraba egresado del Hospital, el día 21 de mayo del 2007 el Juzgado emite una resolución ratificando el internamiento involuntario<sup>73</sup>, es decir, fuera de las 72 horas que establece el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para ratificar el internamiento.

Una vez esa resolución de fecha 21 de mayo del 2007 fue notificada al afectado, por primera vez se apersonó al proceso con abogado y procurador a interponer recurso de apelación contra la resolución que ratificó su internamiento, denunciando infracciones a la ley y a su derecho a la libertad personal por haber sobrepasado, en exceso, el plazo de 72 horas estipulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para que el Juez ratifique o rechace la solicitud de internamiento involuntario. El exceso de tiempo fue de 19 días. Sumado a lo anterior, denuncia la falta de un proceso contradictorio establecido en el artículo 24.1 de la Constitución Política española, aporta una serie de prueba documental que no constaba en el expediente del Juzgado<sup>74</sup> en donde constaba la evacuación de prueba testimonial que no se admitió.

---

<sup>73</sup> Ibidem. *“Segundo: En el supuesto enjuiciado, a la vista del resultado de las actuaciones realizadas y de los informes obrantes en autos, procede acordar el internamiento involuntario solicitado, al concurrir su presupuesto básico. Estamos en presencia de un enfermo que tiene anuladas sus capacidades cognitivas y volitivas, y su estado de salud requiere de una intervención inmediata, aun en contra de sus manifestaciones. Por todo lo anterior se revela correcta y adecuada la medida de internamiento involuntario acordada. Tercero: El internamiento acordado deberá continuar en el lugar donde se halla o en otro adecuado para el cuidado y la asistencia del enfermo, debiendo comunicar a este Juzgado cualquier cambio en su lugar de residencia. En todo caso, la dirección del centro donde resida deberá informar a este Juzgado cada seis meses acerca de su estado de evolución, así como, en todo caso, cuando reciba el alta” “Se autoriza el internamiento involuntario de D. [F.J.G.F.], en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario San Cecilio, en la que se halla actualmente o en otra adecuada para el cuidado y la asistencia del enfermo, debiendo comunicar a este Juzgado cualquier cambio en su lugar de residencia. En todo caso, la dirección del centro donde resida deberá informar a este Juzgado cada seis meses acerca de su estado de evolución, así como, en todo caso, cuando reciba el alta”.*

<sup>74</sup> Ibidem. *“Aporta como documental una copia de su historial clínico, informes del servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Santa Ana, Hospital de Motril y del servicio de urgencias del Área de Gestión Sanitaria*

El recurso de apelación fue desestimado mediante resolución de fecha 1 de abril de 2009, casi dos años después de haber sido interpuesto.

En relación con el hecho de que la resolución de ratificación del internamiento haya sido realizada después del plazo de las 72 horas, el Juzgado de Primera instancia de Granada manifestó que el legislador previó el hecho que dicha resolución pudiera no estar lista en el plazo de las 72 horas cuando reguló que los galenos tienen la facultad de dar de alta al paciente cuando así lo estimen comunicándolo al Tribunal. Afirma además que la responsabilidad directa sobre el internamiento es de los facultativos y no de la intervención judicial previa o posterior. Por otro lado, en cuanto a la alegada ausencia de garantías durante el procedimiento para la presentación y evacuación de pruebas o la asistencia jurídica, indica que no es posible alegar que no se recabó audiencia de familiares ya que quien decide a quién se le da audiencia es el Juez, sumado al hecho de que cuando este entrevistó al recurrente, a pesar de que fue muy comunicativo, no solicitó que se le diera audiencia a su familia, ni solicitó que se le asignara una defensa, estando sus derechos garantizados por el Ministerio Fiscal.

Las razones que motivaron la interposición del recurso de amparo son las siguientes:

---

*Sur de Granada de 2 de mayo de 2007, coincidentes en su diagnóstico de trastorno bipolar y que derivaron el paciente al Hospital San Cecilio; un permiso terapéutico concedido al recurrente mientras estaba sujeto a internamiento, el 7 de mayo de 2007; diversos análisis clínicos y un informe detallado del alta, de 16 de mayo de 2007. Ninguna de esta documental aparecía en poder del Juzgado”.*

1. Violación del plazo de 72 horas para que el Juzgado ratificara o rechazara el internamiento involuntario.
2. Falta de proporcionalidad en la toma de la medida, ya que considera que no era necesario el internamiento y que bastaba con un tratamiento psiquiátrico ambulatorio, tal como ya venía ocurriendo.
3. El hecho de que no se le permitiera presentar prueba y no se le permitiera ejercer una defensa efectiva. El recurrente señala que su esposa fue quien solicitó su internamiento en conjunto con sus hijos, por lo que él quería que se entrevistara a sus hermanos.

La postura del Ministerio Fiscal se inclinó en relación con que en efecto se violentaron los derechos humanos, siendo que se incumplió de sobra el plazo de las 72 horas mencionado<sup>75</sup>, y no se le informó al recurrente los derechos y recursos que le asisten y de las razones de su internamiento, por el contrario, este nunca fue informado, ni al momento del internamiento, ni al momento que el Juez lo entrevistó en el centro de salud. Por ende, afirma que no es aceptable el argumento relativo a cargar la responsabilidad al paciente por no solicitar una defensa efectiva<sup>76</sup>.

---

<sup>75</sup> Ibidem. *“En estas condiciones”, remacha, “el incumplimiento del referido plazo legal de 72 horas desnaturaliza la función garantista de la intervención judicial e introduce en nuestro ordenamiento jurídico un riesgo serio de banalización del derecho a la libertad personal que resulta constitucionalmente intolerable”.*

<sup>76</sup> Ibidem. *“A juicio del Fiscal, la falta de información conlleva en sí misma una vulneración del derecho a la libertad personal, no subsanada con el acceso posterior del recurrente a un recurso”.*

Por último, el Ministerio Fiscal afirma que las resoluciones impugnadas no cumplen con el deber de motivación razonada en cuanto a la necesidad y proporcionalidad del internamiento involuntario, considerando insuficiente que solo se remitiera a los informes médicos, los cuales solo reflejan, de forma escueta, que el recurrente padece de trastornos bipolar y que requiere de un internamiento con “neurolépticos”, pero sin mayores explicaciones, al igual que el dictamen médico forense ordenado por el Juzgado, el cual se limitaba a confirmar el primer dictamen. Es decir, que en ningún momento se justificó por escrito que el trastorno mental que presentaba el recurrente era de tal gravedad que representara un riesgo para sí mismo o para terceros y que ameritara un internamiento de este tipo, violentando el derecho a la libertad personal, por encima de tratamiento ambulatorio que venía recibiendo.

Para resolver este caso el Tribunal Constitucional español sintetizó cuatro exigencias que se deben de cumplir en la fase extrajudicial, para que se cumpla la validez de un internamiento involuntario por trastorno mental, todo en estricto respeto al derecho humano a la libertad personal:

1. La existencia de un informe médico que acredite la existencia de un trastorno psíquico que justifica el internamiento inmediato. Menciona que es claro que a pesar de que el director del centro médico se encuentra legitimado para ordenar dicho internamiento, resulta evidente que esta decisión se encuentra condicionada a que se acredite la necesidad y proporcionalidad de la medida, la cual tiene que ser informada al

afectado, cuando sea posible, debiendo constar esto por escrito, para su posterior control judicial.

2. Informar al afectado o a su representante sobre el internamiento y las razones que lo justifican. El Tribunal señala que es evidente que nadie puede ser privado de su libertad sin conocer los motivos.
3. Obligación del Hospital de comunicar al Juez competente sobre el internamiento y los motivos que lo justifican en el plazo de 24 horas y que este plazo debe venir impuesto por la norma legal de desarrollo, en este caso el artículo 763 en cuestión. Esta comunicación debe ser contada desde el momento en que se produce materialmente el ingreso del afectado en el interior del recinto contra su voluntad.
4. Control posterior sobre el centro de salud. El Tribunal Constitucional precisa que desde que tiene lugar la comunicación en el plazo de las 24 horas debe considerarse que esa persona pasa a efectos legales a disposición del órgano judicial, sin que ello exija su traslado físico al Juzgado. Este traslado podría contradecir la necesidad misma del internamiento, por lo que lo normal es que el examen judicial del afectado se realice en el centro de salud<sup>77</sup>.

Además, el Tribunal Constitucional español hace las siguientes afirmaciones que resultan elementales para el presente trabajo de investigación:

---

<sup>77</sup> Ibidem. *“En todo caso, el director de este último sigue siendo responsable de la vida e integridad física y psíquica del interno mientras no acuerde el alta, bien por orden judicial o porque a criterio de los facultativos encargados se aprecie que han desaparecido o mitigado suficientemente las causas que motivaban el internamiento; incluso cuando tal ratificación judicial ya se hubiere producido”.*

1. Que el legislador no podría ni ahora ni en el futuro, elevar en ningún caso el plazo de 72 horas, siendo este vinculante en el ámbito privativo de libertad para las detenciones en el ámbito penal, acorde a lo establecido en el artículo 17.2 de la Constitución Política española. Es decir, afirma que este plazo de 72 horas no es exclusivo para la materia penal. Recordemos que el artículo 7.2 dice que la detención preventiva no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, en el plazo máximo de 72 horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial.
2. Precisa que cuando un paciente se somete al internamiento de forma voluntaria, pero en algún momento del proceso manifiesta ya no estar de acuerdo con este, es a partir de ese momento que se debe comenzar a contar el plazo de 24 horas para comunicar al Juzgado.
3. Que en el caso que el centro médico responsable sobrepase el plazo legal de las 24 horas, la tutela judicial del afectado puede ser recabada a través de un recurso de habeas corpus, ya sea por el afectado (en caso de poder), su representante o los familiares.
4. Que en los casos en que se haya ejecutado un internamiento involuntario de carácter “urgente”, es en ese plazo de 72 horas que el Juzgado se encuentra en la obligación de practicar las pruebas y ratificar el internamiento u ordenar su cesación. Ese juicio de ratificación comprende, desde luego, la consideración mental del paciente al momento de la valoración del Juez, pero también la procedencia del internamiento

cuando se adoptó por parte del Hospital, es decir, la revisión de lo actuado para garantizar la tutela judicial efectiva (Artículo 24.1 Constitución Española), independiente (Artículo 117.1 Constitución Española<sup>78</sup>) e imparcial (Artículo 24.2 Constitución Española) de los derechos del afectado. Es decir, el Juez debe determinar que la medida estuvo justificada en su origen<sup>79</sup>. Este plazo es considerado improrrogable. Es importante recalcar, que el Tribunal Constitucional español fue enfático en que no cabe mantener el internamiento de una persona una vez expiradas las 72 horas, ni cabe aducir dificultades logísticas o excesiva carga de trabajo del órgano judicial para justificar la demora, ni puede considerarse convalidado el incumplimiento porque más tarde se dicte el auto confirmatorio, pero, vencido el plazo no desaparece la facultad del Juez para ordenar el internamiento, pero si este se ratifica fuera de las 72 horas, se hace afectando el derecho a la libertad del paciente<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> Constitución Española. *“Título VI, Del Poder Judicial, Artículo 117, 1. La justicia emana del pueblo y se administra en nombre del Rey por Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial, independientes, inamovibles, responsables y sometidos únicamente al imperio de la ley”*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

<sup>79</sup> Tribunal Constitucional de España, Sala Segunda. Sentencia 141/2012, de 2 de julio de 2012. Recurso de amparo 5070-2009. *“... lo contrario llevaría a convertir la fase extrajudicial previa en un limbo sin derechos para el afectado. Pero segundo, porque si aparecen dudas fundadas acerca de la no necesidad de la medida en aquel primer instante y, sin embargo, sí parece justificarse a posteriori con el resultado de las pruebas judiciales, deberá dilucidar el Tribunal si ello se debe a la implementación —o no— de un tratamiento inadecuado para el paciente, lo que dejando al margen otras consecuencias legales, podría ser justo motivo para no ratificarla”*. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254)

<sup>80</sup> Ibidem. *“El plazo ha de considerarse improrrogable, tal como hemos reconocido con otros plazos de detención judicial que desarrollan el art. 17.1 CE [SSTC 37/1996, de 11 de marzo, FJ 4 B); y 180/2011 de 21 de noviembre, FFJJ 5 y 6]. Por tanto, 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. Vencido el plazo no desaparece la facultad del Juez para ordenar el internamiento, pero si éste se adopta deberá serlo estando el afectado en libertad, sin perjuicio de que tras esa ratificación deba ejecutarse la orden judicial con todos sus efectos. Otra interpretación llevaría a vaciar de contenido el límite previsto, confundiría lo que es una dilación procesal indebida con la lesión injustificada del derecho a la libertad e introduciría un abanico indefinido de flexibilidad, a todas luces peligroso e inconveniente”*.

5. El Juez tiene el deber de informar a la persona internada o a su representante acerca de su situación material y procesal, lo que implica el derecho del afectado a ser oído personalmente dentro del procedimiento. Ello incluye el deber de informarle que tiene el derecho de contar con un abogado y procurador y su derecho a la práctica de pruebas.
6. El Juez tiene el deber de efectuar el examen directo del interno en el centro de salud y hacer el reconocimiento de prueba pericial emitida por el profesional en medicina designado por él.
7. Las infracciones al procedimiento cometidas por el órgano judicial son denunciables ante este mismo en orden a su inmediata reparación, solicitando una respuesta y en su caso recurriéndola, pero, además, en materia de internamientos civiles, en caso de inactividad objetiva del órgano judicial, se puede acudir al procedimiento de habeas corpus, en procura de la tutela de la libertad.

Una vez el Tribunal Constitucional español hizo las anteriores precisiones, declaró con lugar el recurso de amparo con base en los siguientes argumentos:

1. Que, en efecto, en el caso de marras existió una violación a la libertad personal del recurrente, por las siguientes razones: 1. Por el incumplimiento de los plazos legales. El plazo de 24 horas no fue violentado, pero el de 72 horas sí, sin razón alguna. 2. Se le da la razón al recurrente por no haber recibido la información necesaria sobre sus

derechos dentro del procedimiento, ni en cuanto a la posibilidad de tener un abogado o practicar pruebas<sup>81</sup>.

2. Que la resolución que ratifica el internamiento carece de motivación razonada, siendo esta una exigencia para una privación de la libertad. Dicha ratificación hizo una transcripción literal del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, hizo referencia a “los informes obrantes en autos”, y afirmó que el afectado tenía anuladas sus capacidades cognoscitivas y volitivas y que su estado de salud requería de una intervención inmediata, sin embargo, el Tribunal Constitucional español consideró esto como objetivamente incorrecto, ya que los insumos utilizados para llegar a esta conclusión no son suficientes para ello, en vista que ningún informe hablaba sobre la anulación de las capacidades ni cognitivas ni volitivas del recurrente, sino que se limitaban a hacer referencia al padecimiento de trastorno bipolar del paciente y recomendaba el internamiento por medio de un texto pre impreso, pero no hacía una detallada argumentación en relación con la necesidad y la proporcionalidad del internamiento, y las razones por las cuales no es suficiente un tratamiento ambulatorio. Sumado a ello, el Juzgado en ningún momento solicitó una aclaración o ampliación al respecto. Por otro lado, esta resolución ignoraba por completo que el

---

<sup>81</sup> Ibidem. *“En este concreto ámbito, en el que la persona interna se halla prácticamente indefensa mientras está encerrada, la ley y la jurisprudencia de derechos humanos impone que el órgano judicial tome la iniciativa en la información, no presuponer su conocimiento por el afectado, como erróneamente sostiene el Auto de la Audiencia Provincial para disculpar lo sucedido, ni tampoco dar por cubierta esa defensa con la presencia del Ministerio Fiscal, el cual actúa en defensa de la legalidad y no como defensor judicial del interno, quien ha de tener por tanto siempre su propia voz y defensa dentro del procedimiento, ya que en este momento procesal no está declarado incapaz. El resultado es una nueva lesión del derecho fundamental del art. 17.1 CE del recurrente”.*

paciente ya había sido dado de alta, aspecto del que el Juzgado ya tenía conocimiento, lo que evidencia el desfase con la realidad de los hechos.

Como se puede concluir, en la legislación española el internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento trata de un proceso judicial de jurisdicción voluntaria, por medio del cual la persona interesada puede solicitar a un Juez que se ordene el internamiento de una persona, esto para garantizar que reciba el tratamiento adecuado para su condición de salud. Resultaría lo ideal que la autorización del Juzgado sea obtenida de forma previa al internamiento, sin embargo, se deben prever circunstancias en las que dicho internamiento sea catalogado como de urgencia, de modo que la ley permite que el internamiento sea llevado a cabo de previo a la autorización judicial.

En todo caso, dicho proceso debe respetar ciertas garantías procesales, establecidas tanto en la Constitución Española como en la Ley de Enjuiciamiento Civil, que si bien todavía presenta algunas de las lagunas planteadas por el Magistrado García Manzano en la resolución 129/1999 previamente analizada, se puede decir que se trata de un proceso garantista, que ha sido cuestionado en diferentes ocasiones, pero que en ninguna de ellas se ha cuestionado su contenido, motivo por el cual, hasta la actualidad, el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil se encuentra vigente.

Con ánimo comparativo, pero no por ello con ánimo pesimista, no puede dejar de señalarse que lo resuelto por el Tribunal Constitucional español en la resolución 141/2012, al final de

cuentas, no se diferencia mucho a lo resuelto en el caso *Winterwerp vs Países Bajos* de 1979. Nótese que, en ambos casos, el recurrente alega que nunca fue oído y que nunca se le permitió ejercer una defensa efectiva acorde a sus derechos como ser humano. Si bien, para el segundo caso ya existía una Ley que regulara el proceso de internamiento involuntario, lo cierto es que en ninguno de ellos se respetó el derecho a la libertad de la persona con trastorno mental.

Por último, debe señalarse un aspecto curioso, y es que en todas las anteriores resoluciones parece cuestionarse el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de España, el cual incluso fue declarado como inconstitucional hace muchos años, sin embargo, no fue anulado, motivo por el cual se encuentra vigente y es de aplicación hasta el día de hoy. Lo anterior deja entrever de forma clara, que la redacción de una norma que regule una limitación a la libertad personal no es un trabajo fácil, y que, sin dudarlo, será bombardeada con críticas proveniente de todas las ópticas posibles alegando violaciones a los derechos humanos, sin embargo, se trata de una norma de imperante interés a la salud pública, necesaria, y que por más alegatos de inconstitucionalidad haya recibido, la misma debe prevalecer ante una necesidad de tenerla.

Este antecedente nos da una pincelada del futuro que nos espera, en caso de que el tema de los internamientos involuntarios sea verdaderamente regulado en Costa Rica.

### CAPÍTULO III

*El procedimiento judicial aludido en el artículo 5.4 no necesita ser atendido siempre con las mismas garantías que las requeridas por el artículo 6.1 para el proceso civil o penal. Pero es esencial que la persona afectada pueda tener acceso al tribunal, la oportunidad de ser oída y, cuando sea necesaria, la conveniente representación legal. En el caso de los enfermos mentales pueden resultar necesarias garantías procesales especiales<sup>82</sup>.*

Habiendo estudiado el proceso de internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en España, se puede tener una base para el análisis del deber ser de un proceso de internamiento. Se entiende que este internamiento puede significar una violación a la libertad personal y que, por ende, debe ser revestido de garantías constitucionales. Además, se hace alusión que el proceso español todavía puede presentar algunas lagunas analizadas en el capítulo anterior que se espera, puedan ser subsanadas con el pasar de los

---

<sup>82</sup> Caso Winterwerp v. Países Bajos. Sentencia del 24 de octubre de 1979.

años, sin embargo, se trata de una base maciza, respaldada de una sólida línea jurisprudencial con la cual se puede hacer un análisis comparativo en relación con el tratamiento de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica.

Para el desarrollo del presente capítulo fue imperante contar con la colaboración de profesionales en medicina especialistas en psiquiatría, y lo más importante, que tuvieran la experiencia necesaria en relación con el proceso de internamiento involuntario por razones psiquiátricas en un centro de salud costarricenses, motivo por el cual se contó con la valiosa colaboración de la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres, la Dra. Carolina Montoya Brenes, Directora General de la Dirección Médica del Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut y del Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos, especialista en psiquiatría y sub especialista en Neuropsiquiatría, en calidad de funcionario del Hospital de San Carlos, Alajuela.

Previo a iniciar con el análisis de los procesos de internamiento involuntario en Costa Rica, debe aclararse que el presente trabajo de investigación no tiene como pretensión esbozar críticas negativas a la labor que realizan los profesionales en salud, por el contrario, se reconoce la formidable faena que deben realizar todos los días, sin derecho a tregua, en cumplimiento de sus deberes institucionales como funcionarios públicos; deberes que deben ser atendidos con los limitados recursos que les sean proveídos por el Estado y con escaso recurso humano, si no que se pretende evidenciar las falencias legales existentes, siendo que,

hasta la fecha, no existe una ley específica que regule los procesos de internamiento involuntario en Costa Rica.

A manera de ejemplo, se menciona que al día 28 de noviembre del 2023, fecha en que se hizo la consulta al Centro de Información y Documentación del Colegio de Médicos y Cirujanos, se encontraban registrados un total de 296 médicos incorporados como especialistas en psiquiatría, de los cuales 14 cuentan con una sub especialidad en Psiquiatría Infantil, 10 cuentan con una sub especialidad en neuropsiquiatría, 6 cuentan con una sub especialidad en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, 2 cuentan con una sub especialidad en Psiquiatría de Interconsulta y Enlace y 1 en Psiquiatría Forense. Es decir, se cuenta con tan solo 296 especialistas en psiquiatría para atender a una población de más de cinco millones de personas.

El dato anterior resulta alarmante tomando en cuenta que, según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el 2019 una de cada ocho personas padecía algún trastorno mental, siendo los principales la ansiedad y la depresión, los cuales se estimó que aumentaron “26% y 28% respectivamente durante el 2020 debido a la pandemia de COVID-19”<sup>83</sup>. Es decir, los problemas de salud mental parecen aumentar con el pasar de los años, siendo necesario

---

<sup>83</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. “*Autoridades de salud en Costa Rica hacen llamado a reducir estigma y discriminación hacia salud mental*”. 07 de octubre del 2022 <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-autoridades-salud-costa-rica-hacen-llamado-reducir-estigma-discriminacion-hacia>

prestar atención a un aspecto tan importante como lo es la libertad personal de las personas internadas en un centro de salud.

Dicho esto, se procede con el análisis del tratamiento de los internamientos involuntarios en Costa Rica, tanto desde el punto de vista práctico a lo interno de los centros de salud, como de las normas que hasta la fecha los han regulado.

#### **A) Sobre los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica.**

Mediante una entrevista realizada a la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres realizada el 30 de noviembre del 2023 en las instalaciones de dicho centro de salud, se han hecho las preguntas necesarias para identificar cuál es el procedimiento real de un internamiento involuntario en Costa Rica, por lo que de seguido se hará un resumen de lo expresado por esta profesional, acorde a su experiencia en cerca de 20 años de laborar en la institución.

En primera instancia, la doctora aclara que no es relevante en cuál centro de salud del país es que se presente una persona con un episodio de trastornos mental grave, ya que todos los centros de salud, en caso de que se considere que esta debe ser contenida para recibir un tratamiento, son remitidos al Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y

Torres ubicado en Pavas, San José, de modo que este es el único Hospital especializado en psiquiatría. Es decir, aún y cuando un paciente se presente, por ejemplo, en el Hospital de Nicoya, este paciente sería remitido al Hospital Nacional de Salud Mental en San José. Sin embargo, claro está, todos los Hospitales nacionales reciben pacientes que presenten algún tipo de crisis en donde reciben su primera atención y es solo en caso de que se determine la necesidad de una prolongada y necesaria contención, que son remitidos a San José.

La Dra. Orozco señala que el ingreso de una persona en el Hospital depende del estado en que se encuentre. Existen pacientes que, desde la primera valoración se evidencia que fue llevado al centro médico en contra de su voluntad, se encuentra agitado o agresivo, de modo que, privando una valoración por parte de un especialista en psiquiatría y en caso de requerirlo, esta persona es internada involuntariamente y, además, de ser necesario, es inmovilizada acorde a los mecanismos que tiene el Hospital, a fin de evitar que esta persona se resista al internamiento. Esta inmovilización se realiza tanto física como farmacológicamente.

Cuando el paciente se ingresa, se hace lo que llaman la “Hoja de puerta”, se abre el expediente médico en donde se hace una descripción del estado de la persona y en caso de que la condición del paciente haga posible la realización de una entrevista, esta se lleva a cabo. En caso de que no sea posible, esta entrevista se pospone hasta que la condición del paciente sea la idónea. Además, se hace un examen físico y se ordenan los exámenes de laboratorio correspondientes, entre ellos el examen para determinar si la persona se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia.

Este paciente que ha sido internado involuntariamente, en caso de que su condición sea catalogada como grave, es ingresado en la unidad de terapia intensiva del Hospital, que se trata de unidades que solo existen en el Hospital Nacional de Salud Mental, que son salones pequeños de aislamiento con aproximadamente 15 pacientes, que son cuidados por los profesionales en enfermería. El tiempo de estancia de estos pacientes en la unidad de terapia intensiva depende del criterio médico, con base en la evolución del tratamiento proveído.

Cuando este paciente se ha estabilizado o compensado, privando el criterio médico, es cambiado de la unidad de terapia intensiva, a los pabellones del mismo Hospital, en donde estos pacientes tienen la libertad de pasearse por todas las instalaciones. Aquí es donde se realiza la entrevista al paciente, a fin de determinar si el mismo debe continuar internado o, por el contrario, se ordena su salida.

Es en esta etapa que se le brinda al paciente toda la información relativa a su salud, y, dependiendo del caso, se procura que sea el mismo paciente quien voluntariamente decida permanecer internado o, en caso de que manifieste no estar de acuerdo, se le mantiene internado en contra de su voluntad. Otro aspecto importante señalado por la Dra. Orozco es que cuando se hace este cambio de lugar, se corre el riesgo de fuga de los pacientes, ya que, a pesar de que se toman las previsiones para evitarlas, al no tratarse de una cárcel, resulta complicado evitar los egresos no autorizados por un profesional en medicina.

Las siguientes son las estadísticas proporcionadas por el servicio de redes del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres, en relación con las fugas:

**Cuadro 2. EGRESOS HOSPITALARIOS  
FUGADOS SEGÚN MES Y PABELLÓN  
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD  
MENTAL  
ENERO A OCTUBRE 2023**

MES	<u>TOTAL GENERAL</u>	PABELLÓN			
		PAB 1A CORTA HOMBRES	PAB 1B CORTA HOMBRES	PAB 2A CORTA HOMBRES	PAB 2B CORTA HOMBRES
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>38</u></b>	<b><u>12</u></b>	<b><u>4</u></b>	<b><u>9</u></b>	<b><u>13</u></b>
ENERO	5	4	0	1	0
FEBRERO	1	0	1	0	0
MARZO	1	1	0	0	0
ABRIL	5	1	1	1	2
MAYO	7	0	1	1	5
JUNIO	3	1	1	0	1
JULIO	2	2	0	0	0
AGOSTO	8	1	0	5	2
SEPTIEMBRE	4	1	0	1	2
OCTUBRE	2	1	0	0	1

Fuente: Base de egresos hospitalarios, Programa SIAH-ARCA, Servicio de REDES, H.N.S.M. Enero a octubre 2023.

**Cuadro 3. EGRESOS FUGADOS DE UNIDAD**  
**NUEVOS HORIZONTES MIXTO SEGÚN MES Y**  
**SEXO HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL**  
**ENERO A OCTUBRE 2023**

<b>M E S</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>UNIDAD NUEVOS HORIZONTES MIXTO</b>	
		<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>10</u></b>	<b>7</b>	<b>3</b>
ENERO	0	0	0
FEBRERO	1	1	0
MARZO	0	0	0
ABRIL	2	2	0
MAYO	0	0	0
JUNIO	4	1	3
JULIO	0	0	0
AGOSTO	0	0	0
SEPTIEMBRE	2	2	0
OCTUBRE	1	1	0

Fuente: Base de egresos hospitalarios, Programa SIAH-ARCA, Servicio de REDES, H.N.S.M. Enero a octubre 2023.

El total de egresos fugados para el año 2024 fue de 95 egresos, según datos proveídos por la Licda. Alejandra Araya Soto, de Registros y estadísticas de Salud, Sección de Estadística del Hospital Nacional de Salud Mental.

Otro tipo de paciente que ingresa al Hospital es aquel que llega con una actitud no violenta, contrario al primer caso, si no que llega caminando acompañado por sus familiares quienes parecen haberlo llevado, ingresan de una forma tranquila sin altercados violentos, pero que, una vez son entrevistados, manifiestan no estar de acuerdo con ser internados.

En estos casos, el profesional en psiquiatría valora el estado de la persona y en caso de identificar que este tiene una capacidad de juicio reducida, que puede ser un riesgo para sí mismo, por ejemplo, que presenta un alto riesgo suicida o se encuentra en estado de psicosis, se le presentan dos opciones, se le explica la importancia de internarse voluntariamente, o, que en caso de que insista en no desear permanecer internado, será internado involuntariamente.

La Dra. Orozco señala que las revisiones de los internamientos involuntarios de personas que se encuentren en la unidad de terapia intensiva son diarias, es decir, que todos los días los pacientes son valorados a fin de determinar si se mantiene la necesidad de que se encuentren en dicha unidad, o si, por el contrario, ya pueden ser remitidos a los pabellones. En el caso de los pabellones, se afirma que dicha revisión no es diaria, si no que los periodos de revisión varían acorde al criterio médico.

En cuanto a si existe un órgano imparcial donde el paciente pueda apelar su internamiento involuntario, se afirma que el internamiento no funciona de esta manera. Ya que, si un paciente solicita una salida exigida, esta es analizada por un profesional en psiquiatría, sin

embargo, puede ser rechazada a discreción de este profesional en caso de considerarse que el paciente no se encuentra en condiciones para ser dado de alta. En relación con la salida exigida, se puede consultar la resolución 2020-024469<sup>84</sup> de la Sala Constitucional.

Además, se afirma que no existe una instancia recursiva ni a nivel administrativo ni judicial para que el paciente pueda impugnar los dictámenes médicos, o presentar o solicitar prueba al respecto. También se afirma que, en ningún momento del proceso a los pacientes se les asigna un defensor o representación legal costado por el Estado, ni por el propio Hospital, ni existe tal posibilidad.

En relación con la aplicación del artículo 30 de la Ley General de Salud en cuanto al deber del Hospital de informar a los Juzgados de Familia de la jurisdicción competente sobre los internamientos involuntarios que se realicen, se afirma que esta comunicación era realizada por parte del Hospital, sin embargo, a raíz del recibimiento de un oficio de fecha 06 de julio del 2023, remitido por el Lic. Walter Alvarado Arias, Juez del Juzgado Segundo de Familia de San José, el Hospital canceló indefinidamente el envío de tales informes.

Dicho oficio de fecha 06 de julio del 2023 es remitido al Hospital en contestación al oficio titulado “Reporte de Ingresos Involuntarios Hospital Nacional de Salud Mental Antonio

---

<sup>84</sup> Sala Constitucional, Resolución 2020-024469 de a las nueve horas cinco minutos del dieciocho de diciembre de 2020. *“Ahora bien, en cuanto a la solicitud de salida exigida, efectivamente se estudió esa posibilidad en cita con el médico psiquiatra del 16 de octubre, pero luego de la intervención, se acordó con la paciente sostener el proceso intrahospitalario hasta que fuera viable un egreso clínico”.*

Chapuí y Torres”. En dicho oficio, el Juez Alvarado señaló que ha consultado la opinión jurídica de las personas juzgadoras del Juzgado de Familia del I Circuito Judicial de San José, quienes están de acuerdo con el criterio ahí expuesto, calificándolo como un dictamen del Juzgado, del cual se hará el siguiente resumen.

En primera instancia, los Jueces de Familia afirman que resulta imposible cumplir con lo establecido en el artículo 30 de la Ley General de Salud. Dicho artículo establece lo siguiente:

Artículo 30. Cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al juzgado de familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela. (Así reformado por el artículo 74 (actual 87) de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996)<sup>85</sup>.

Con base en esta redacción, los Jueces de Familia afirman que el artículo 30 de la Ley General de Salud fue derogado tácitamente por la Ley 9379 Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad entrada en vigencia el 30 de agosto del 2016, ley

---

<sup>85</sup> Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Ley 5395: “Ley General de Salud”, [Aprobada 24 de febrero 1974].  
[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581#:~:text=%2DTodas%20las%20personas%20tienen%20derecho,y%20medicamentos%20de%20probada%20calidad](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581#:~:text=%2DTodas%20las%20personas%20tienen%20derecho,y%20medicamentos%20de%20probada%20calidad)

que derogó la figura de la curatela. Muestra de ello, se afirma que el único artículo vigente del Código de Familia actual que regula la curatela es el 230, el cual dice lo siguiente:

**De la curatela.** Artículo 230. Para garantizar el ejercicio seguro y efectivo de los derechos y las obligaciones de las personas mayores de edad con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, en un marco de respeto a su voluntad y preferencias, sin que haya conflicto de intereses ni influencia indebida, se establece la salvaguardia para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, que será proporcionada y adaptada a la circunstancia de la persona. Este procedimiento se tramitará de conformidad con lo establecido en la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad y en el Código Procesal Civil<sup>86</sup>.

Es decir, los Jueces de Familia afirman que desde el pasado 30 de agosto del 2016 no existe la figura de la curatela dentro del ordenamiento jurídico, por lo que manifiestan que:

... no puede recibirse en los sucesivos los informes remitidos, ya que podría dar falsa sensación de que el despacho va a intervenir, siendo que oficiosamente el despacho judicial solo puede intervenir si existe una ley que así lo disponga por el principio de Juez Natural, o juez ordinario, que establece que una persona sólo

---

<sup>86</sup> Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica Ley 5476, “Código de Familia”, [Aprobada 05 de agosto de 1974].  
[https://pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=970](https://pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=970)

puede ser juzgada por aquellos tribunales que hayan sido constituidos previamente por ley, prohibiéndose la creación de organismos ad-oc, o especiales para juzgar determinados hechos o personas en forma concreta, sea el Juzgado de Familia solo puede conocer los asuntos que la ley así lo dispone para preservar el debido proceso (artículo 39 Constitucional) y acceso a la justicia (artículo 41 Constitucional), véase además el artículo 106 de la Ley Orgánica del Poder Judicial: “Artículo 106. Los Juzgados de Familia conocerán: 1. De los asuntos de Derecho de Familia. 2. En grado, de las resoluciones que dicten las alcaldías de pensiones alimenticias (hoy Juzgados de Pensión Alimentaria). 3. De las competencias que se susciten entre las alcaldías de pensiones alimenticias de su territorio (hoy Juzgados de Pensión Alimentaria). 4. De los demás asuntos que determine la ley”.

Otro punto que es señalado por los Jueces de Familia es que la información que es remitida por el Hospital al Juzgado ni siquiera se puede almacenar al tratarse de información sensible como el nombre del paciente, su cédula, fecha de ingreso, que el internamiento fue involuntario etc., por lo que su tratamiento debe limitarse al Hospital. Esta información la catalogan como sensible acorde a lo establecido en la Ley 8968 Ley de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales.

Siendo así, los Jueces de Familia le indican al Hospital lo siguiente:

No puede este despacho prohibir o mandar a que no cumplan con el envío de los listados, porque ello no es de resorte del Despacho Judicial, solo se hace la indicación conforme lo señalado, que, si se envían más listados, nos veríamos en la obligación conforme, los numerales 30 y siguientes de la Ley de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales, de testimoniar piezas ante la Agencia de Protección de Datos de los habitantes, a fin de que se impongan las sanciones correspondientes, en caso de que tal ente establezca violación a los datos sensibles de las personas usuarias del sistema hospitalario.

Por último, los Jueces de Familia parecen afirmar que lo que deben hacer los Hospitales, en caso de que su pretensión sea mantener a una persona internada involuntariamente, es iniciar un proceso de declaratoria de salvaguardia acorde a lo establecido en el artículo 8<sup>87</sup> inciso c) de la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad.

En el presente trabajo de investigación no se pretende criticar el dictamen de los Juzgados de Familia al respecto, sin embargo, con base en esta posición es posible concluir que en realidad no existe un control judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del

---

<sup>87</sup> Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, Ley 9379. ***Artículo 8. Legitimación para solicitar la salvaguardia. Están legitimados para solicitar la salvaguardia: c) A falta de familiares, estarán legitimadas la institución u organización no gubernamental que le brinde servicios, apoyos y/o prestaciones sociales a la persona para la cual se solicita la salvaguardia***". Promulgada el 30 de agosto del 2016. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC)

comportamiento en Costa Rica, por el contrario, se ha instado de forma vehemente a los Hospitales a no remitir estas listas de internamientos a los Juzgados de Familia so pena de presentar una denuncia en su contra ante la Agencia de Protección de Datos de los Habitantes, y se ha afirmado que los Juzgados de Familia no intervendrían en lo absoluto hasta tanto no exista una ley que así los habilite. Esto no solo significa una falta del control judicial de los internamientos involuntarios, objeto principal de la presente tesis, si no que refleja una carencia absoluta de este.

Desde este punto de vista, los Jueces de Familia han indicado que es imposible intervenir al respecto, sin embargo, tampoco se evidencia una propuesta para solucionar el problema, respecto a la necesidad de contar con un control judicial de los internamientos, por el contrario, solamente se deja un vacío legal.

La Dra. Orozco es enfática en indicar que debido a la carga de trabajo y a la gran demanda de atención en salud mental, el Hospital debe revisar todos los casos de internamientos, tanto voluntarios como involuntarios de forma regular, ya que es necesario rotar las camas que se encuentren disponibles, a fin de que sea posible atender a la mayor cantidad de pacientes posibles. Por este motivo no se pueden dar el lujo de mantener a una persona internada por más tiempo del que es estrictamente necesario, pero afirma que, en promedio, un internamiento se prolonga por 22 días naturales, tiempo prudencial en que el paciente puede responder positivamente al tratamiento y volver a ser reintegrado en la sociedad.

En cuanto a la cantidad de personas que han sido internadas involuntariamente en el Hospital Nacional de Salud Mental, fueron proporcionadas las siguientes estadísticas:

**Cuadro 4. TOTAL INGRESOS VOLUNTARIOS E INVOLUNTARIOS POR SEXO, SEGÚN AÑO**

**HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL**

**AÑOS: 2018 A SETIEMBRE 2023**

AÑO	TOTAL DE INGRESOS	INGRESOS VOLUNTARIOS			INGRESOS INVOLUNTARIOS		
		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO	
			MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>26010</u></b>	<b><u>18326</u></b>	<b><u>9539</u></b>	<b><u>8787</u></b>	<b><u>7684</u></b>	<b><u>4746</u></b>	<b><u>2938</u></b>
2018	<b><u>4100</u></b>	<b><u>2649</u></b>	1266	1383	<b><u>1451</u></b>	858	593
2019	<b><u>4602</u></b>	<b><u>3121</u></b>	1561	1560	<b><u>1481</u></b>	884	597
2020	<b><u>3480</u></b>	<b><u>2191</u></b>	1119	1072	<b><u>1289</u></b>	806	483
2021	<b><u>6415</u></b>	<b><u>5135</u></b>	2906	2229	<b><u>1280</u></b>	832	448
2022	<b><u>4457</u></b>	<b><u>3268</u></b>	1645	1623	<b><u>1189</u></b>	720	469
ENERO A SETIEMBRE 2023	<b><u>2956</u></b>	<b><u>1962</u></b>	1042	920	<b><u>994</u></b>	646	348

Fuente: Reporte de involuntarios y base de ingresos, Programa SIAH-ARCA, Servicio de REDES, H.N.S.M. noviembre 2023.

Es decir, del 2018 a setiembre del 2023 hubo un total de 26010 internamientos, de los cuales 7684 fueron involuntarios, es decir, el 29.54%.

Para el año 2024 hubo un total de 3455 ingresos, de los cuales 2193 fueron voluntarios y 1262 fueron involuntarios, es decir, un 36,52%, según datos proveídos por la Licda. Alejandra Araya Soto de Registros y estadísticas de Salud, Sección de Estadística del Hospital Nacional de Salud Mental.

Es decir, en promedio, existe un aproximado de 1278 internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento al año. La Dra. Orozco aclaró que esta cifra corresponde solamente a los internamientos tramitados de forma directa por el Hospital, más no incluye los ingresos involuntarios provenientes por orden judicial al Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCO), los que cuentan con estadísticas independientes.

Por otro lado, se entrevistó a la Dra. Carolina Montoya Brenes de calidades ya mencionadas, quien menciona que es pobre la experiencia en cuanto a la aplicación del artículo 30 de la Ley General de Salud y que los internamientos son realizados acorde a lo establecido en el Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012<sup>88</sup> redactado por el Área de Bioética<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Área de Bioética. “Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012 redactado por el Área de Bioética”, [Aprobada agosto 2012]. <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>

<sup>89</sup> Caja Costarricense de Seguro Social Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut Dirección Médica, Oficio 2305-DRIPSSCS-D.M.-0084-22 de fecha 08 de marzo del 2022, Dra. Carolina Montoya Brenes, Directora General a.i.

Hecha la lectura de dicho reglamento, se extraen disposiciones importantes, como, por ejemplo, que no es necesaria la obtención del consentimiento de la persona internada cuando se trate de un internamiento involuntario por valoración calificada de un profesional en medicina especialista en psiquiatría o cuando medie una decisión judicial<sup>90</sup>. Se define como una valoración calificada, la “valoración integral, efectuada por un profesional en medicina especialista en psiquiatría del centro asistencial, o de la respectiva red de servicios, a solicitud de una jefatura de unidad o servicio, cuyo objetivo es la valoración de la capacidad volitiva, cognoscitiva y de juicio de la persona usuaria, para el libre ejercicio de su voluntad, así como también, podrá valorar el grado de madurez de la persona usuaria menor de edad”<sup>91</sup>.

De igual forma, se extraen conceptos importantes como el de consentimiento por sustitución y el de consentimiento por delegación. El primero se da cuando existe una incapacidad manifiesta y evidente para tomar decisiones válidas o fue declarada judicialmente, o bien cuando la persona usuaria sea menor de edad. En estos casos el consentimiento corresponde otorgarlo a: 1) Al cónyuge o la pareja de hecho. En ausencia de alguno de ellos, le corresponde al familiar de grado más próximo, y, en caso de que existan dos familiares con igualdad de grado, al que tenga mayor edad y que, obviamente, cuente con capacidad jurídica. 2) Al representante legal debidamente acreditado.

---

<sup>90</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Área de Bioética. “Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012 redactado por el Área de Bioética”, [Aprobada agosto 2012]. Artículo 9 inciso c).

<sup>91</sup> Ibidem. Artículo 1. Definiciones.

En el caso del consentimiento por delegación, este aplica cuando la persona usuaria incapaz (cuando exista voluntad libre y manifiesta) delega a otra, por razones de consanguinidad o afinidad, para que otorgue por él el consentimiento informado. Sobre ello se debe dejar constancia en el expediente médico con la firma de dos testigos.

En ambos casos, en el consentimiento por sustitución o por delegación, se establece que si una decisión tomada por esa persona delegada o en sustitución, es contraria a los intereses de la persona usuaria o del paciente, se debe solicitar la medida cautelar pertinente a la autoridad judicial correspondiente, sin embargo, no se indica de forma clara a qué tipo de medidas cautelares se refiere o el Juzgado al cual le corresponda, así como tampoco hace referencia a algún control jurisdiccional del internamiento involuntario decretado, lo cual evidencia que la misma norma interna utilizada es omisa en cuanto al control judicial.

Otro reglamento interno utilizado es el Reglamento para la aplicación de procedimientos de restricción de movimientos y aislamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento en los servicios de asistencia de la Caja costarricense de Seguro Social del 2004, el cual, según lo indicado por la Dra. Carolina Montoya Brenes, se encuentra en desuso. Dicho reglamento en su artículo 8 indica que:

... la Subdirección Médica del centro Asistencial está en la obligación de comunicar todo internamiento involuntario al Juez de Familia competente en el

transcurso de 24 horas, informando las razones claras y convincentes que justifiquen la decisión de hospitalización y su permanencia en el Hospital.

Sin embargo, como se pudo extraer del oficio remitido por el Juez, Walter Alvarado Arias, del Juzgado Segundo de Familia de San José, aún y cuando el Hospital remita los informes, el Juzgado no estaría realizando control alguno.

Como conclusiones al presente apartado, se puede afirmar que el control judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento es nulo en Costa Rica, ya que hasta tanto no exista una ley que así lo disponga, los jueces de Familia no estarían emitiendo acción alguna. Reflejo de lo anterior, es que no se logró encontrar norma legal que regulara los internamientos involuntarios en Costa Rica, sino que solamente se cuenta con reglamentos internos de la Caja Costarricense del Seguro Social elaborados por la misma institución, los cuales también son omisos en cuanto al control judicial de los internamientos involuntarios.

**D) Análisis comparativo entre las garantías constitucionales de las privaciones de libertad en el ámbito penal vs las garantías constitucionales producto de un internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en centros de salud en Costa Rica.**

Habiendo concluido que no existe control judicial de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica, resulta imperante hacer un análisis

comparativo en relación con las garantías procesales con las que cuenta un privado de libertad por la comisión, o presunta comisión de un delito, en comparación con los que cuenta una persona privada de su libertad ambulatoria, debido a su salud mental.

A fin de conocer de primera mano el proceso penal, se entrevistó al Msc. Sergio Trejos Robert, quien es Abogado, máster en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica, Fiscal Auxiliar del Ministerio Público y es autor de numerosas publicaciones con énfasis en temas penales y constitucionales.

Indica el MSc. Trejos Robert, que, por regla general, inicialmente, quien aprende a los indiciados es la policía administrativa (Fuerza Pública y policías municipales<sup>92</sup>). Una vez son aprendidos, la policía se comunica con el Asesor Legal de la Fuerza Pública de la Zona, el cual se pone en contacto, ya sea con el fiscal disponible o el fiscal de Flagrancia. Posteriormente, este fiscal gira la respectiva dirección funcional, la cual consiste en los actos

---

<sup>92</sup> Código Procesal Penal. Ley 7594 vigente desde el 01 de enero de 1998. “**Artículo 235. Aprehesión de las personas. Las autoridades de policía podrán aprehender a toda persona, aun sin orden judicial, cuando: a) Haya sido sorprendida en flagrante delito o contravención o sea perseguida inmediatamente después de intentarlo o cometerlo. b) Se haya fugado de algún establecimiento penal o de cualquier otro lugar de detención. c) Existan indicios comprobados de su participación en un hecho punible y se trate de un caso en que procede la prisión preventiva. Asimismo, en caso de flagrancia, cualquier persona podrá practicar la aprehensión e impedir que el hecho produzca consecuencias. La persona aprehendida será entregada inmediatamente a la autoridad más cercana. La autoridad policial que haya aprehendido a alguna persona deberá ponerla, con prontitud, a la orden del Ministerio Público, para que este, si lo estima necesario, solicite al juez la prisión preventiva. La solicitud deberá formularse luego de realizar las diligencias indispensables y, en todo caso, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de la captura. Si se trata de un delito que requiera la instancia privada, será informado inmediatamente quien pueda instar y, si este no presenta la denuncia en el mismo acto, el aprehendido será puesto en libertad**”. [https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=41297](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=41297)

de investigación que se deben realizar a fin de determinar si se detiene o no a la persona. En caso de que el fiscal determine que sí procede la detención, este le indica al Asesor Legal la hora y el despacho al que el detenido debe ser presentado.

Previo a que la policía remita al detenido al despacho correspondiente, es usual y recomendable que los policías, por orden del fiscal, lleven al detenido a cualquier centro médico que se encuentre disponible, a fin de que éste emita una constancia de que ese detenido no se encuentra golpeado o herido, y que, en caso de tener enfermedades crónicas, tenga los medicamentos que va a necesitar durante su privación de la libertad.

Una vez que se cuenta con el parte policial y la boleta de atención médica, este detenido es llevado a la Fiscalía, y ahí se le toman sus datos previos de identificación, como el domicilio, si manifiesta tener enfermedades psiquiátricas de algún tipo, se toma la denuncia, se entrevistan los testigos, se realizan inspecciones oculares, así como cualquier otra diligencia policial de recolección de pruebas. La práctica común consiste en que los datos previos se toman aún sin la presencia de la defensa técnica. El fiscal verifica el domicilio proveído, ya sea a través de familiares del imputado, de la Fuerza Pública, el Organismo de Investigación Judicial, o a veces, la misma víctima. En caso de que el detenido no quiera brindar sus datos previos, esto se considera como un peligro de fuga.

Todos estos actos de investigación deben de realizarse en el plazo de 24 horas desde el momento en que el sospechoso es aprehendido por la policía administrativa, acorde al artículo

37 de la Constitución Política<sup>93</sup>. De igual forma, antes de poner el detenido a la orden del juez dentro del plazo constitucional de las 24 horas, se realiza la declaración indagatoria por parte del fiscal, previo a la cual el encartado tiene la posibilidad de consultar a su defensor público o particular, quien tiene acceso al expediente.

Al realizar la declaración indagatoria, el defensor tiene la posibilidad de solicitar que se realice el examen mental “obligatorio” al que se refiere el numeral 87<sup>94</sup> del Código Procesal Penal al imputado, sin embargo, en la mayoría de casos resulta materialmente imposible que todas las diligencias anteriores, sumado a la confección de este examen mental solicitado por el defensor se realice en un plazo de 24 horas, por lo que el fiscal se ve obligado a poner al imputado a disposición de la autoridad jurisdiccional competente, señalando que el detenido fue remitido con los funcionarios de la sección de cárceles al Hospital Nacional Psiquiátrico, bajo su orden, para la realización del examen mental mencionado, lo cual hace que se cumpla con el plazo de las 24 horas, pero que además, el juez tenga otro plazo de 48 horas para esperar el resultado del examen mental, señalar fecha y hora para la audiencia y dictar la resolución de medidas cautelares, acorde a lo establecido en el artículo 238 del Código

---

<sup>93</sup> Constitución Política. “**Artículo 37. Nadie podrá ser detenido sin un indicio comprobado de haber cometido delito, y sin mandato escrito de juez o autoridad encargada del orden público, excepto cuando se tratare de reo prófugo o delincuente infraganti; pero en todo caso deberá ser puesto a disposición de juez competente dentro del término perentorio de veinticuatro horas**”.

<sup>94</sup> Ley 7594, Código Procesal Penal del 10 de abril de 1996. “**Artículo 87. Examen mental obligatorio** El imputado será sometido a un examen psiquiátrico o psicológico cuando: a) Se le atribuya la comisión de delitos de carácter sexual contra menores de edad o agresiones domésticas. b) Se trate de una persona mayor de setenta años de edad. c) Prima facie, se pueda estimar que, en caso de condena, se le impondrá pena superior a quince años de prisión. d) El tribunal considere que es indispensable para establecer la capacidad de culpabilidad en el hecho”.

Procesal Penal<sup>95</sup>. En casos excepcionales, el juez puede prorrogar este plazo por medio del dictado de una prisión preventiva instrumental, que, aunque no se encuentra expresamente regulada en el Código Procesal Penal, ha sido admitida por la Sala Constitucional.

En caso de que, en el resultado de ese examen mental, el Hospital Nacional Psiquiátrico determine que sí se cumplen con los criterios para proceder con un internamiento para observación establecido en el artículo 86<sup>96</sup> del Código Procesal Penal, el juez podrá ordenar el internamiento en CAMEPMCOL hasta por el plazo de un mes, en el cual se deberá realizar un informe pericial sobre la capacidad del imputado, con el cual se determinará si es posible imputar a esa persona en un juicio ordinario, o si por el contrario, estamos en presencia de una persona inimputable por su capacidad disminuida, y en su lugar se debe de solicitar

---

<sup>95</sup> Código Procesal Penal. Ley 7594 vigente desde el 01 de enero de 1998. *“Artículo 238. Aplicación de la prisión preventiva. La prisión preventiva solo podrá ser acordada conforme a las disposiciones de este Código, mediante resolución judicial fundada, en los límites indispensables para asegurar el descubrimiento de la verdad y la actuación de la Ley. Cuando el Ministerio Público estime que procede la prisión preventiva, solicitará al juez correspondiente que convoque a una audiencia oral, en la que se discutirá sobre la procedencia o no de esa medida. Si la persona se encontrare detenida, la solicitud de audiencia deberá pedirse dentro de las veinticuatro horas, contadas desde que el encausado se puso a la orden del juez; la audiencia deberá celebrarse dentro de las cuarenta y ocho horas y la resolución deberá ser dictada dentro de ese plazo. Corresponde al Ministerio Público y la defensa del imputado, aportar la prueba en la que fundamente sus peticiones. Terminada la audiencia, el juez resolverá sobre lo solicitado. Si contare con medios de grabación, el respaldo de ellos será suficiente para acreditar la existencia de la celebración de la audiencia y de lo resuelto. Se ejecutará del modo que perjudique lo menos posible a los afectados. La privación de libertad, durante el procedimiento, deberá ser proporcional a la pena que pueda imponerse en el caso”*. (Así reformado por el artículo 16 de la Ley de Protección a Víctimas, Testigos y demás intervinientes en el Proceso Penal, N° 8720 de 4 de marzo de 2009).

<sup>96</sup> Ibidem. *“Artículo 86. Internación para observación Si es necesario el internamiento del imputado para elaborar el informe pericial sobre su capacidad, la medida podrá ser ordenada por el tribunal, a solicitud de los peritos, sólo cuando exista la probabilidad de que el imputado haya cometido el hecho y esta medida no sea desproporcionada respecto de la importancia de la pena o medida de seguridad que podría imponerse. La internación no podrá prolongarse por más de un mes y sólo se ordenará si no es posible realizarla con el empleo de otra medida menos drástica”*.

alguna medida de seguridad acorde a lo establecido en el artículo 389 inciso a)<sup>97</sup> del Código Procesal Penal.

El MSc. Trejos precisa que, aunque el artículo 87 supra mencionado establezca que la práctica de este examen mental es obligatoria en todos los casos que se trate de agresiones domésticas, delitos sexuales contra personas menores de edad, el imputado tenga más de setenta años de edad, o se puedan imponer sanciones superiores a los 15 años de prisión; la pericia se realiza únicamente a petición de la defensa. Ello por cuanto someterse a una valoración psiquiátrica por parte de un equipo interdisciplinario requiere de una actividad por parte del imputado que no se puede realizar por medios coactivos.

El MSc. Trejos es enfático en indicar que aún y cuando se cumpla con el proceso anterior en el plazo de las 24 horas, es posible que el detenido acuda a la vía de recurso de habeas corpus aún habiéndolo retenido por menos de 24 horas, en caso que no existan diligencias de investigación que justifiquen su privación de libertad. En esos casos es posible que la Sala Constitucional falle a favor del detenido por una privación de la libertad desproporcional.

El MSc. Trejos indica que, al igual que con el plazo de las 24 horas, aún y cuando la autoridad jurisdiccional resuelva la situación jurídica del detenido en el plazo de las 48 horas supra

---

<sup>97</sup> Ibidem “*Artículo 389. Reglas especiales El procedimiento se regirá por las reglas ordinarias, salvo las establecidas a continuación: a) Cuando el imputado sea incapaz, será representado para todos los efectos por su defensor en las diligencias del procedimiento, salvo los actos de carácter personal.*”

mencionadas, el imputado puede acudir a la vía de recurso de habeas corpus en caso de considerar que el tiempo que duró el Tribunal en resolver fue excesivo y en ese caso el Tribunal debe Justificar el hecho de que haya durado las 48 horas en resolver. En este caso los jueces pueden acarrear responsabilidad penal, civil y administrativa, dependiendo de los hechos particulares, al igual que los fiscales con el plazo de las 24 horas.

Otras precisiones brindadas por el MSc. Trejos Robert son que los detenidos tienen la oportunidad de ver a sus familiares hasta que se encuentran en prisión preventiva y no antes, sin embargo, los familiares pueden llevarles comida y ropa. Tienen el derecho a recibir visita del defensor público en todo momento. No tienen derecho de portar un celular, pero sí de realizar una llamada telefónica.

La resolución que impone medidas cautelares tiene recurso de apelación sin efectos suspensivos, salvo dentro del proceso expedito de flagrancia donde no hay recurso.

Si hacemos una comparación entre las garantías procesales con las que cuenta un privado de libertad y las que tiene una persona que es internada en un centro de salud por trastornos mentales y del comportamiento, salta a la vista de forma evidente que en el ámbito penal existe plazos establecidos en la Constitución Política y en el Código Procesal Penal, los cuales no pueden ser violentados por ningún motivo, so pena de acarrear responsabilidad por parte del Estado o disciplinaria. En cambio, para los internamientos involuntarios civiles, no existen plazos establecidos en los cuales se deba de resolver la situación jurídica de una

persona internada, si no que estos dependen exclusivamente de un criterio médico y del centro de salud.

Otra diferencia significativa, es que las personas detenidas tienen el derecho a contar con un defensor público que defienda sus intereses, a diferencia del internamiento involuntario civil, en el cual no existe la figura de defensor ni existe la posibilidad de adquirir uno. Además, el detenido tiene el derecho a apelar la resolución que dicta una presión preventiva en la vía ordinaria, más no en flagrancia, a diferencia de los internamientos civiles, en los cuales no existe instancia recursiva a la cual atender a lo largo del proceso.

Dicho esto, es necesario recordar lo ya analizado en los apartados anteriores del presente trabajo de investigación relativo a las resoluciones 112/1988 y 129/1999 del Tribunal Constitucional español, donde se concluye que la garantía de la libertad personal establecida en el artículo 17.1 de la Constitución española, entiéndase, que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad y que nadie puede ser privado de su libertad, alcanza a quienes son objeto de una decisión judicial de un internamiento involuntario, y que al tratarse de una privación de la libertad, es obvio, solo puede ser acordada judicialmente, entiéndase que en ambos casos, tanto en los internamientos involuntarios por trastornos mentales, como en las sentencias penales donde se ordene un internamiento en centro psiquiátrico, existe una privación de libertad de una persona por trastorno psíquico, tanto en beneficio de sí mismo como de la sociedad, motivo por el cual, calza dentro de los preceptos del artículo 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

**E) Del proceso de declaratoria de salvaguardia vs el proceso de internamiento involuntario en un centro de salud.**

A fin de justificar el producto final del presente trabajo de investigación resulta necesario también precisar las diferencias procesales que existen entre un proceso de declaratoria de salvaguardia y un proceso de internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en un centro de salud, a fin de evidenciar la incompatibilidad práctica que existe entre ellos. Este análisis también es importante ya que como fue analizado en los apartados anteriores, las personas juzgadoras del Juzgado de Familia del I Circuito Judicial de San José sugirieron a los centros de salud acudir a la figura de la salvaguardia en lugar de remitir las listas de internamientos involuntarios a los juzgados.

Resulta importante decir que un internamiento involuntario no es lo mismo que una declaratoria de salvaguardia o como anteriormente se le llamaba, declaratoria de insania.

La declaratoria de salvaguardia consiste en un proceso judicial regulado en la Ley 9379, Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, y recientemente en el Código Procesal de Familia entrado en vigencia el día 01 de octubre del 2024, por medio del cual se pretende garantizar el goce pleno de la igualdad jurídica de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial.

Por medio de este proceso es posible asignar un denominado “Garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad” con el fin de que este asegure el goce pleno del derecho a la igualdad jurídica y garantice la titularidad y el ejercicio seguro y efectivo de sus derechos y obligaciones. En los casos en que una persona con discapacidad se encuentre institucionalizada en alguna entidad del Estado, el garante puede ser una persona jurídica.

La salvaguardia mitiga que las personas con discapacidad sufran abusos, de conformidad con los derechos humanos, y/o de influencias indebidas, en detrimento de su calidad de vida y su diseño e implementación se fundamenta en el respeto a los derechos, voluntad, preferencias e intereses de la persona con discapacidad. La salvaguardia debe de ser proporcional y adaptada a las circunstancias de cada persona, aplicarse en el plazo más corto posible y estar sujeta a exámenes periódicos, por parte de autoridad competente, independiente, objetiva e imparcial.

En cuanto a la solicitud y revisión de una salvaguardia, el Código Procesal de Familia indica que puede hacerse de forma verbal o escrita y que no requiere de autenticación si el solicitante se presenta personalmente. En cuanto a la legitimación para la solicitud, indica que puede hacerlo tanto la persona con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, la persona salvaguarda o los familiares en caso excepcional que la persona se encuentre imposibilitada, o la institución u organización no gubernamental que le brinde servicios, apoyos o

prestaciones sociales a la persona para la cual se solicita la salvaguardia<sup>98</sup>. En el artículo 251, el Código Procesal de Familia es claro al indicar que la autoridad judicial debe dar especial prioridad a las solicitudes de salvaguardia que procedan de la misma persona con discapacidad, siempre garantizando que la persona designada como salvaguarda sea la persona idónea para ejercer el cargo.

La salvaguardia puede ser revisada en cualquier momento por cualquiera de las personas legitimadas para su solicitud y de oficio será revisada por la autoridad judicial que la decreta cada 5 años, y las obligaciones de este garante son las siguientes:

Artículo 252. Obligaciones de la persona garante para la igualdad jurídica. La persona garante para la igualdad jurídica tendrá, para con la persona con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, las siguientes obligaciones:

- 1) No actuar sin considerar los derechos, la voluntad y las capacidades de la persona con discapacidad.
- 2) Apoyarla para la protección y la promoción de todos sus derechos, especialmente el derecho de la persona con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia, sobre la base del consentimiento libre

---

<sup>98</sup> Ley 9747, Código Procesal de Familia, Entrado en vigencia 01 de octubre del 2024. Artículos 248 y 249. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90569](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90569)

y pleno de los futuros cónyuges y a tener acceso a información y educación sobre la reproducción y la planificación adecuada para su edad.

3) Asistirla en la toma de decisiones en el ámbito legal, financiero y patrimonial, de manera proporcional y adaptada a la condición de la persona a la que asiste.

4) Garantizar que la persona con discapacidad tenga acceso a información completa y accesible para que decida sobre sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones con los demás. La esterilización será una práctica excepcional que se aplicará a solicitud de la misma persona con discapacidad o cuando sea necesaria e imprescindible para la preservación de su vida o integridad física.

5) Garantizar y respetar los derechos, la voluntad, las preferencias, las habilidades y las capacidades de las personas con discapacidad.

6) Brindar apoyo a la persona con discapacidad en el ejercicio de su maternidad o paternidad, velando siempre por el resguardo del interés superior del niño y la niña, y apoyarla en las gestiones necesarias para solicitar el apoyo estatal para estos fines, cuando lo requiera.

7) No ejercer ningún tipo de presión, coerción, violencia ni influencia indebida en el proceso de toma de decisiones de la persona con discapacidad.

8) No brindar consentimiento informado, en sustitución de la persona con discapacidad.

9) No permitir que la persona con discapacidad sea sometida a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.

10) No permitir que la persona con discapacidad sea sometida a experimentos médicos o científicos, sin que para este último caso la persona con discapacidad haya brindado su consentimiento libre e informado.

11) Proteger la privacidad de la información personal, legal, financiera, de la salud, de la rehabilitación, de la habilitación y demás datos confidenciales de la persona con discapacidad.

En cuanto a las formalidades de esta solicitud de declaración de salvaguardia, la misma debe de contener las calidades de la persona con discapacidad intelectual, mental o psicosocial, las calidades del solicitante y si cuenta algún parentesco con la persona, las razones que motivan la solicitud, la descripción de los bienes muebles e inmuebles de la persona que solicita o para la que se solicita la salvaguardia, un dictamen médico emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por el médico especialista tratante, que acredite la condición de discapacidad intelectual, mental o psicosocial de la persona que solicita o para la que se solicita la salvaguardia<sup>99</sup>.

Una vez recibida la solicitud, la autoridad judicial llevará a cabo lo siguiente:

- 1) Designará un curador procesal como salvaguardia para la persona con discapacidad intelectual, mental o psicosocial durante el proceso, quien deberá brindar apoyo,

---

<sup>99</sup> Ibidem. Artículo 253.

orientación y asesoramiento legal a la persona con discapacidad, independientemente de quien haya solicitado la salvaguardia, el cual en todo momento debe respetar el protagonismo de la persona con discapacidad, y en caso que esta no pueda apersonarse en el proceso, deberá garantizar que se cumpla con todo lo establecido en la Ley 9379, Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad.

- 2) Ordenará que el Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) emita un dictamen integral de la condición de la persona con discapacidad intelectual, mental o psicosocial, el cual deberá contemplar los siguientes aspectos: 2.1) El diagnóstico de la condición física, mental, intelectual, psicosocial y sensorial de la persona con discapacidad para la que se solicita la salvaguardia. 2.2) El carácter de temporal o permanente de la condición diagnosticada. 2.3) Las habilidades, la capacidad y las aptitudes de la persona con discapacidad para la que se solicita la salvaguardia, en cuanto a la toma de decisiones, en el ámbito legal, social, patrimonial, personal y financiero. El dictamen deberá rendirse en un plazo no mayor de un mes, para lo cual se tomarán las medidas que sean necesarias.
- 3) De igual forma, el juez requerirá un informe del Departamento de Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial sobre la situación de la persona con discapacidad, así como de la persona que se propone para ejercer la salvaguardia.

- 4) Fijar la fecha, la hora y el lugar para un encuentro inicial con la persona con discapacidad y levantará un acta de dicho encuentro<sup>100</sup>.

Es hasta que se cuente con todos los documentos dichos anteriormente que el Juez de Familia puede aprobar o rechazar la solicitud de salvaguardia y determinar la proporcionalidad de las medidas. El establecimiento de esta salvaguardia se comunicará al Registro Público de la Propiedad, para su respectiva anotación en los bienes muebles e inmuebles presentes o futuros, propiedad de la persona con discapacidad<sup>101</sup>.

Como se puede observar, una declaratoria de salvaguardia tiene como protagonista en todo momento a la persona con discapacidad, y se trata de un proceso por medio del cual se nombrará a una persona garante, para que apoye a esta persona de forma integral en la toma de decisiones, tanto en el ámbito legal, social, patrimonial, personal y financiero. Tanto así, que esta declaratoria es registrada en el Registro Público de la Propiedad. Siendo así, no es hasta que todos los informes se encuentran listos (de los cuales uno tiene un plazo de un mes para estar listo), que el Juez resuelve la solicitud, no existiendo un plazo máximo para resolver.

La naturaleza del proceso de declaratoria de salvaguardia dista mucho del proceso que se lleva a cabo en el caso de los internamientos involuntarios por trastornos mentales y del

---

<sup>100</sup> Ibidem. Artículo 254.

<sup>101</sup> Ibidem. Artículo 256.

comportamiento, ya que como vimos, en promedio un internamiento dura aproximadamente 22 días, plazo en el que eventualmente pueden ser reintegrados a la sociedad. Cabe señalar que solo el plazo de la emisión del dictamen del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial que se requiere para resolver una solicitud de salvaguardia puede tardarse hasta un mes, plazo en el que es posible que la persona internada ya haya sido egresada.

En el caso de los internamientos involuntarios, estamos hablando de circunstancias en donde existe un criterio médico en el cual se certifica que una persona se encuentra en un estado mental que no le brinda la capacidad para tomar decisiones en relación con su salud, y que, además, representan un riesgo para sí mismo o para terceros si no son internados, motivo por el cual el centro de salud toma la decisión de internarla en contra de su voluntad. Es decir, se trata de una acción que es realizada de forma inmediata en alusión a la gravedad del caso, y que no es compatible con los plazos de resolución de un proceso de salvaguardia.

Ahora bien, como lo vimos en los capítulos anteriores, en Costa Rica no existe ni una autorización previa a dicho internamiento, ni un control judicial posterior.

Recordemos que el artículo 30 de la Ley General de Salud señala parcialmente, que en caso de que se presente un internamiento involuntario, el Director del centro respectivo debe comunicar a los Juzgados de Familia y que dicha comunicación debe de cumplir con los requisitos de la curatela. Este artículo, según consideran los Jueces de Familia, fue derogado

tácitamente por la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, sin embargo, nos da una idea de la visión que tuvo el legislador, en cuanto a la necesidad de un control judicial de estos internamientos.

Si bien se considera que el proceso de declaración de salvaguardia y el proceso de internamiento involuntario no son compatibles, se puede entender medianamente la necesidad que existe de que un proceso de internamiento tenga las garantías que tiene un proceso de salvaguardia, en el sentido que la persona con discapacidad es la protagonista, es a la que debe escuchársele en todo momento y que las medidas deben ser tomadas de forma gradual y proporcionada.

Mencionados los aspectos que merecen mayor atención, tal vez la crítica más contundente al contenido del artículo 30 supra mencionado, es que indica de forma simple, que el director del centro de salud donde se lleve a cabo un internamiento involuntario, debe comunicarlo al Juzgado de Familia de su jurisdicción, por lo que no exige una autorización previa otorgada por la jurisdicción costarricense que ejerza el control de legalidad del internamiento tal y como ha sido establecido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, o en su defecto, tampoco indica que será solo en casos de urgencia que se justificará la ratificación posterior de ese internamiento. De igual forma, el artículo es omiso en relación con la necesidad del seguimiento a dicha medida, ni la instancia competente para realizar dicho seguimiento.

En el mismo sentido, el numeral es omiso en indicar cuál será el plazo en el cual el director del centro de salud debe comunicar el internamiento al Juzgado de Familia, a diferencia del caso de España, que señala de forma puntual que se deberá de dar cuenta al tribunal competente dentro de las siguientes 24 horas, si no que se limita a indicar que deberá ser comunicado de forma inmediata, siendo este plazo incierto para el afectado y quedando a discreción del centro de salud.

Por último, el numeral es omiso en cuanto a los alcances y puntos que debe abarcar una resolución de autorización de un internamiento involuntario o de ratificación, las condiciones de egreso del paciente y el plazo que tiene el juzgado para resolver lo que corresponda, tal y como lo establece la Ley de Enjuiciamiento Civil española supra mencionada. Desde este punto de vista, tienen razón los Jueces de Familia al señalar que requieren de una ley que delimite su papel en el proceso.

Otro aspecto sujeto a crítica, como ya fue mencionado, es que el legislador haya escogido el Juzgado de Familia para regular lo relativo a internamientos involuntarios. En principio, tiene sentido ya que esta es la jurisdicción que conoce los procesos de salvaguardia a los que hace referencia el artículo 30 de la Ley General de Salud, sin embargo, como ya se analizó, los plazos del proceso de salvaguardia son incompatibles con el proceso de internamiento involuntario.

Es decir, resulta claro, que el acto que realiza el director del centro Hospitalario en donde se encuentre internada una persona de forma involuntaria, se limita a una simple comunicación al Juzgado de Familia, no siendo mandatorio que dicho funcionario presente la solicitud de una declaratoria de salvaguardia a nombre del centro de salud, ya que en primera instancia, se debe tomar en cuenta la voluntad de la persona con trastorno mental, en segundo lugar, tienen prioridad de representación los familiares y es solo a falta de esos familiares, que sería posible para una persona jurídica la solicitud de la salvaguardia.

Sumado a lo anterior, se debe tomar en cuenta que para que un juez de la república resuelva de forma efectiva una solicitud de declaratoria de salvaguardia, es necesario analizar una serie de documentos que son requisito para acreditar la condición de discapacidad de la persona, por lo que no se trata de una resolución que se pueda obtener de forma expedita.

Sumado a lo anterior, el artículo 252 del Código Procesal de Familia establece las obligaciones de la figura del garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, siendo una de ellas el no brindar consentimiento informado en sustitución de la persona con discapacidad, por lo que se cuestiona si en efecto, la persona garante designada tiene la facultad de decidir el internamiento involuntario de su persona a cargo. En ese sentido, si se hace la comparación con la legislación española, el internamiento involuntario debe requerir de una autorización judicial independientemente si la persona se encuentra bajo alguna representación como la salvaguardia.

Siendo así, es posible concluir que la legislación costarricense que trata de regular los escenarios de internamientos involuntarios resulta insuficiente, y para otros, nula, dada la omisión de aspectos de particular importancia en un Estado Social de Derecho, como lo es el control jurisdiccional de la restricción del derecho a la libertad, cuando a razón de las circunstancias, se torne necesario privar a una persona de su libertad personal e ingresarla en un centro de salud a fin de que reciban atención médica. Por consiguiente, la normativa interna que actualmente es utilizada por funcionarios de los Hospitales Nacionales para el tratamiento de estos pacientes también resulta omisa, y otra, en desuso.

De igual forma se extraña la normativa que regule de forma completa el procedimiento de internamientos involuntarios por trastornos mentales, sin abarcar aspectos tan importantes como la posibilidad de los pacientes de ser escuchados, de contar con una asesoría legal permanente, de ser informados de las condiciones de su internamiento y de la posibilidad de recurrir dicho internamiento ante un Juzgado competente. Lo anterior significa, sin lugar a duda, la indefensión a los afectados por un internamiento involuntario en Costa Rica violentando sus derechos fundamentales, así como una posible responsabilidad por parte del Estado, no solo a nivel interno, si no también internacional como será analizado más adelante.

Siendo que se trata de un aspecto que involucra los derechos constitucionales de los costarricenses, una investigación más focalizada permitió evidenciar que el control judicial de los internamientos involuntarios resulta vago en Costa Rica, a diferencia de otros países como España que ha adoptado los criterios del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, siendo enfático en la obligatoriedad de esta garantía judicial.

## CAPÍTULO IV

### **De la posible responsabilidad internacional del Estado costarricense**

En materia de Derechos Humanos, más aún cuando se trata de personas en estado de vulnerabilidad como es el caso de las personas con algún tipo de discapacidad mental, ya sea temporal o permanente, los Estados parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adquieren compromisos en pro de la garantía de los derechos humanos a todos sus habitantes en todos los aspectos de su vida, por lo que un proceso de internamiento involuntario por trastorno mental debe llevarse a cabo en total armonía con el marco normativo nacional e internacional aplicable.

Del análisis de las resoluciones N° 09478 – 2000 y N° 2020 -024469 de la Sala Constitucional citadas en el apartado de antecedentes y en el segundo capítulo, es posible concluir que el órgano constitucional se limita a analizar si existió o no una ilegítima privación de la libertad de parte de los afectados, sin embargo, al no existir un proceso de internamiento propiamente establecido en una ley de la república, no se analiza en lo absoluto si se cumplieron o no las garantías de un debido proceso. Siendo así, en ambos casos, se declaran sin lugar los recursos interpuestos por los afectados, ya que no es posible desvirtuar los dichos de los recurridos, siendo estos los centros médicos, ni los informes médicos. Lo anterior es así, ya que ni siquiera existe una instancia recursiva en la que se pueda impugnar un internamiento involuntario.

Tampoco es posible afirmar que dichos internamientos hayan sido informados al Tribunal de Familia correspondiente acorde al artículo 30 de la Ley General de Salud para su respectivo control jurisdiccional, y es que ¿Cuál es la razón para hacerlo? Si los mismos juzgados han instado a los hospitales a no remitir dicha información, para no levantar falsas expectativas de control. Es por lo que cabe analizar si estos elementos pudieran representar una violación a los derechos humanos de estas personas internadas ante el sistema interamericano y si podría endilgarse responsabilidad, tanto nacional como internacional del Estado costarricense.

Es por ello que se procede a analizar un caso de muy reciente data, que fue fallado por la Corte Interamericana de los Derechos Humanos el pasado 26 de marzo del 2021, cuyos hechos alegados ocurrieron en el año 2004 en Ecuador, es decir, que tardó 17 años en ser resuelto, en el cual, finalmente se condenó al Estado de Ecuador por considerar sus acciones, violatorias de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Se trata del caso Guachalá Chimbo Vs Ecuador, en el cual una madre en condición de pobreza extrema lleva a su hijo, Luis Eduardo Guachalá Chimbo de 23 años al Hospital Psiquiátrico Julio Endara de la Ciudad de Quito, ya que tenía un aparente cuadro psicótico, comportamiento agresivo y recurrentes epilepsias. Una vez en el Hospital, en fecha 10 de enero del 2004, el señor Guachalá Chimbo es internado en contra de su voluntad, tomando

como base el expreso consentimiento de su madre y el criterio médico de trastorno mental y de comportamiento por disfunción cerebral y epilepsia.

Siete días después de su internamiento, el señor Guachalá Chimbo “desaparece” del Hospital Psiquiátrico, para nunca ser encontrado de nuevo.

La madre del señor Guachalá Chimbo, debido a su precaria condición económica, se vio obligada a acudir a asesoría legal gratuita de la Clínica de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos y la Comisión Ecuménica de Derechos Humanos, quienes presentaron la petición inicial ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 01 de marzo del 2007, es decir, tres años después de la desaparición de su hijo. Se interpusieron diversas acciones a nivel interno en Ecuador como investigaciones penales, administrativas, recursos de habeas corpus y quejas ante la Defensoría del Pueblo, las cuales fueron archivadas sin una diligencia efectiva por parte de las autoridades correspondientes, y sin haber hallado al señor Guachalá Chimbo o sus restos.

En su momento, los representantes de la familia Guachalá Chimbo reclamaron que el Estado ecuatoriano no garantizó al señor Guachalá su derecho a la salud de conformidad con el artículo 26<sup>102</sup> de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, al no proporcionarle

---

<sup>102</sup> Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Artículo 26. Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se

la atención que requería acorde a la naturaleza de su condición como persona vulnerable con discapacidad, que no se le proveyeron los medicamentos ni implementos de limpieza que requería, si no que se le indicó a la señora Chimbo que ella era quien debía costearlos, que existió un retraso significativo en la entrega de la información que requería la señora Chimbo sobre la suerte, tratamiento y evolución de su hijo, que el paciente sufrió maltrato<sup>103</sup> en la colocación de una inyección los primeros días de su institucionalización y que el Hospital Psiquiátrico Julio Endara no contaba con protocolos de fuga de pacientes que evitara la desaparición repentina del señor Guachalá.

Además, reclamaron que el Estado violó el derecho del desaparecido a una protección judicial, ya que no desarrolló las acciones legales presentadas (denuncia penal, habeas corpus) de una forma diligente y eficaz, debido a que en las investigaciones realizadas solo se entrevistó al personal del Hospital donde desapareció y no se entrevistó a los propios pacientes del centro de salud sobre el paradero del señor Guachalá, así como tampoco se analizaron de una forma correcta los presupuestos del delito de desaparición forzada acorde con la legislación penal de Ecuador, por lo que todos los casos fueron archivados sin evidenciar un esfuerzo real del Estado por esclarecer los hechos, tanto así que hasta la actualidad no se conoce qué sucedió con el señor Guachalá Chimbo.

---

derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.

<sup>103</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 33. “La señora Chimbo Jarro declaró que acompañó a su hijo a una sala, donde un médico le ordenó a un enfermero que inyectara un calmante al señor Guachalá49. De acuerdo con la señora Chimbo Jarro, un enfermero con aliento alcohólico pinchó a su hijo más de seis veces en un brazo, y luego de ponerle la inyección su hijo “quedó como muertito”.

Sumado a lo anterior, los representantes de la familia Guachalá Chimbo afirmaron que el Estado ecuatoriano violó el derecho a la personalidad jurídica del señor Luis Eduardo, ya que este, una vez llegado al Hospital, ***“... dejó de ser un sujeto de derechos que toma decisiones sobre su vida y se convirtió en un objeto de protección del Estado, quien tenía el poder de tomar decisiones en todos los aspectos de su vida, y ii) las acciones del Estado ecuatoriano condenaron a Luis Eduardo a una "muerte civil" lo que se manifestó en la imposibilidad de adoptar actos jurídicos personales y personalísimos<sup>104</sup>”***.

En relación con la desaparición del paciente, acorde con la declaración de enfermeros del centro médico, el señor Guachalá Chimbo fue visto por última vez en la sala de ver televisión, y al distraerse un momento el enfermero, el señor Guachalá “aprovechó para fugarse del Hospital”, sin embargo, acorde a la declaración de la perita médica que analizó el caso, resultaba imposible para el paciente desplazarse por el Hospital por sus propios medios, en vista de que la medicación que se le había suministrado, en las dosis que indicaba el expediente médico, era altamente sedante y tenía efectos secundarios que impedían la comunicación, la cognición y la motricidad, por lo que limitaría su capacidad para desplazarse de forma independiente, así como para mantener el equilibrio y tomar decisiones<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 94.

<sup>105</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 159.

Además, de la declaración de la madre del señor Guachalá, quien expuso información que había obtenido de otro paciente del centro de salud, se extrajo la posibilidad que su hijo haya muerto a consecuencia del medicamento que se le estaba suministrando, ya que el Diazepam (Valium) en apariencia provoca paros cardiorrespiratorios en dosis de entre 10 mg y 30 mg al día en pacientes con trastornos neurológicos, dato que fue confirmado por la perita entrevistada para el caso<sup>106</sup>.

En cuanto a la defensa del Estado demandado, este señaló que las obligaciones internacionales en materia de derechos sociales, económicos y culturales del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos son de carácter progresivo, por lo que el internamiento y el tratamiento al que fue sometido el señor Guachalá en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, fue autorizado expresamente por su madre, la señora Chimbo Jarro, quien otorgó su consentimiento, y este resultó la medida que mejor podía garantizar su salud acorde a las circunstancias propias del Estado ecuatoriano en esos momentos y los estándares científicos de la época.

El Estado ecuatoriano también afirmó que el internamiento del señor Guachalá Chimbo no vulneró su autonomía ni libertad, en vista que fue autorizado por su madre, quien de forma consiente y voluntaria, previendo solamente lo mejor para su hijo, lo internó con la intención de que recibiera la atención médica que necesitaba, por lo que la forma en que se llevó a cabo el internamiento del señor Guachalá Chimbo respondía a la situación crítica de salud en la

---

<sup>106</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 160.

que se encontraba. Además, hacen referencia al historial médico del desaparecido, el cual refleja que el paciente se encontraba en estado psicótico en el momento, lo cual fue calificado como una emergencia psiquiátrica que justificó que el internamiento se llevara a cabo con el consentimiento de la señora Chimbo Jarro y no con el del señor Guachalá Chimbo.

El Estado ecuatoriano calificó las medidas tomadas como indispensables, necesarias y proporcionales para garantizar el derecho a la salud e integridad del paciente y afirman que en todo momento fue bien alimentado, aseado y recibió sus medicinas de forma oportuna.

En el presente caso, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos hace una diferencia fundamental entre la naturaleza y alcance de las obligaciones estatales que derivan de la protección al derecho a la salud, ya que se pueden distinguir aspectos que tienen una exigibilidad inmediata y otros aspectos que tienen un carácter “progresivo”.

En relación con las primeras (de exigibilidad inmediata), los Estados deben adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso inmediato sin discriminación alguna, asegurando la plena efectividad, mientras que para las segundas (de carácter progresivo), significa que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados y que dicha obligación de progresividad incluye la obligación de no regresividad ante los avances alcanzados.

En el caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos falló a favor de la recurrente y condenó al Estado de Ecuador al pago de quince mil dólares por daño material para toda la familia del desaparecido, por daño inmaterial la suma de cien mil dólares al desaparecido, dinero que sería entregado a la mamá. Ochenta mil dólares para la mamá del desaparecido. Cinco mil dólares a la hermana del desaparecido, y siete mil dólares para cada una de estas personas para el pago de tratamientos psicológicos. Para un total aproximado de doscientos catorce mil dólares. Sumado a lo anterior, el pago de costas.

La Corte Interamericana de los Derechos Humanos declaró lo siguiente:

1. Que el Estado de Ecuador es responsable por la violación de los derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, vida, integridad personal, libertad personal, dignidad y vida privada, acceso a la información, igualdad ante la ley y salud, de conformidad con los artículos 3, 4, 5, 7, 11, 13, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en relación con las obligaciones de respetar y garantizar los derechos sin discriminación y el deber de adoptar disposiciones de derecho interno, establecidos en los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Luis Eduardo Guachalá Chimbo, en los términos de los párrafos 96 a 180 de la presente Sentencia.
2. Que el Estado de Ecuador es responsable por la violación de los derechos a un recurso efectivo, a las garantías judiciales y a la protección judicial, reconocidos en los artículos 7.6, 8.1 y 25.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en

relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Luis Eduardo Guachalá Chimbo y sus familiares, Zoila Chimbo Jarro y Nancy Guachalá Chimbo. Además, el Estado violó el derecho a conocer la verdad de estos familiares de la víctima desaparecida.

3. Que el Estado de Ecuador es responsable por la violación del derecho a la integridad personal, reconocido en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Zoila Chimbo Jarro y Nancy Guachalá Chimbo.

Teniendo como base el caso anterior, resulta imperante analizar el derecho a la personalidad jurídica de los seres humanos ante un internamiento involuntario por trastorno mental y del comportamiento como base esencial para llevar a cabo un internamiento y de la obligación de los Estados de apoyar a las personas con discapacidad de brindar su consentimiento informado.

Hasta este apartado, es posible concluir que en ningún momento el estado ecuatoriano proporcionó un debido control judicial del internamiento realizado al señor Guachalá Chimbo, por medio del cual una autoridad judicial se encargara de vigilar el plazo del internamiento y de realizar las revisiones periódicas y de garantizar la necesidad, racionalidad y proporcionalidad de mantener al señor Guachalá Chimbo internado, así como de supervisar que los tratamientos farmacológicos aplicados fueran idóneos para su condición.

## **A) Obligación del Estado de proteger a las personas con discapacidad**

Tomando en cuenta los escenarios anteriormente, resulta claro que cuando se trata de definir el internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento en Costa Rica, priva el criterio médico de los funcionarios que laboren en nuestras instituciones de salud, tanto públicas como privadas, sin embargo, cabe analizar si el solo criterio médico basta, al amparo de un Estado Social de Derecho, para proceder con un internamiento involuntario.

De igual forma, también resulta necesario precisar el concepto de “discapacidad” que se maneja en Costa Rica, a fin de abordar la importancia de la operativización de este concepto en relación con los internamientos involuntarios en nuestro país.

Como vimos, acorde a lo establecido en el artículo 30 de la Ley General de Salud, cuando el internamiento de una persona con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos no es voluntaria ni judicial, esta deberá ser comunicada por el director del centro de salud al Juzgado de Familia de su jurisdicción, y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela; a lo que en la actualidad se le llama, una declaratoria de salvaguardia, por medio de la cual se pretende garantizar el goce pleno de la igualdad jurídica de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial. Sin embargo, ¿A partir de cuándo se puede decir que una persona es discapacitada?

Según se encuentra regulado en el artículo segundo de la Ley 9379, “Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad”, la discapacidad es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas. Además, define a una persona con discapacidad como aquella que tiene deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Dicho concepto utilizado en la legislación costarricense es adoptado de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo<sup>107</sup>.

Sin embargo, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad no condiciona una discapacidad a un concepto de largo plazo, si no que indica que una discapacidad es una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social<sup>108</sup>.

---

<sup>107</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Tratados Internacionales, 2007. Ratificada por Decreto Ejecutivo N° 34780 de 29 de setiembre de 2008. Tratado Internacional 8661. Artículo 1.

<sup>108</sup> Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad N° 7948. Ratificada por Costa Rica mediante Decreto Ejecutivo N° 28405 del 8 de diciembre de 1999.

Cuando se trata de trastornos mentales y del comportamiento, adquiere especial relevancia el concepto de esta Convención, ya que, dependiendo del estado de salud del paciente al momento de un internamiento involuntario, no necesariamente se presenta una discapacidad permanente o a largo plazo, dado que es posible que su trastorno mental sea causado por factores temporales, los cuales, producto del tratamiento profesional correspondiente cesen.

Dicho esto, cada Estado tiene el deber de crear los mecanismos de protección de los derechos de las personas con discapacidad, de forma que se ajusten las vías judiciales y administrativas en garantía que esas personas puedan ejercer su derecho a la personalidad jurídica, por lo que es posible afirmar que la presentación de una solicitud de declaratoria de salvaguardia, tal y como lo sugiere el artículo 30 de la Ley General de Salud, no resulta un mecanismo práctico ni expedito para garantizar esos derechos cuando se trate de una discapacidad temporal.

En la práctica del día a día, no se acude a este tipo de proceso no contencioso cada vez que se lleva a cabo un internamiento involuntario, si no que los centros médicos se limitaban a comunicar al Juzgado de Familia correspondiente sobre ese internamiento que ha debido ser realizado en contra de la voluntad de un paciente. Sin embargo, tal y como fue desarrollado, los Jueces de Familia no realizan intervención alguna.

Sobre estas comunicaciones, se hace referencia a lo dicho la Dra. Carolina Isabel Montoya Brenes, Directora General a. i. del Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut en la entrevista realizada el día 03 de noviembre del 2022, quien habla un poco de su experiencia

en el Hospital, y afirmó no se recibe ningún tipo de instrucciones o control por parte de los Juzgados, tal y como sucede para el Hospital Nacional de Salud Mental, por medio del cual se dé seguimiento de dichos internamientos.

Además, afirmó que en muchas ocasiones los pacientes que son ingresados en el Hospital comunican no desear ser internados y solicitan que el Hospital les provea de un defensor que les permita impugnar su internamiento referido por un profesional especialista en psiquiatría.

A ello, indica la Dra. Montoya, que ha intentado de conseguir asesoría legal para esos pacientes sin éxito. Indica que, hecha la consulta a la Defensa Pública, han afirmado que no es posible asignar un defensor, al no tratarse de materia penal, ni existir indicios de la comisión de un delito. En ese sentido, sumado al oficio de fecha 06 de julio del 2023 remitido por los Jueces de Familia del Juzgado Segundo de Familia del I Circuito Judicial de San José, se destaca lo dicho por el Juez de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, Eugenio Raúl Zffaroni en su voto razonado de la sentencia Guachalá Chimbo Vs Ecuador previamente analizada:

No puede desconocerse que los pacientes psiquiátricos internados se hallan en condiciones de mucha mayor vulnerabilidad e indefensión que las personas

privadas de libertad en cárceles y prisiones, por lo cual se deben reforzar a su respecto las medidas de protección del derecho interno<sup>109</sup>.

Ante tales afirmaciones, en efecto, acorde al artículo 37 de nuestra Constitución Política, se establece que nadie podrá ser detenido sin un indicio comprobado de haber cometido delito, y sin mandato escrito de juez o autoridad encargada del orden público, excepto cuando se tratare de reo prófugo o delincuente infraganti; pero en todo caso deberá ser puesto a disposición de juez competente dentro del término perentorio de 24 horas.

Es decir, en materia penal todo imputado tiene el derecho de que, en caso de ser detenido, debe ser puesto a disposición de un juez en el término de 24 horas y también tienen derecho a la asesoría gratuita de un defensor público; sin embargo, en el caso de las personas que son internadas de forma involuntaria, al no haber indicios de la comisión de un delito, estas se encuentran a disposición de los centros de salud nacionales, sin existir un proceso concreto de control judicial de esos internamientos, sin derecho a un defensor ni a impugnar sus internamientos, debiendo esperar al egreso del hospital, para poder acudir, ya sea a la vía penal o a la Sala Constitucional a solicitar el resarcimiento de los daños causados.

Siendo así, resulta imperante recordar que la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, establece que

---

<sup>109</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Voto Concurrente del Juez de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, Eugenio Raúl Zffaroni. Sin número de párrafo.

los Estados parte se comprometen a “... adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”, por ende siendo que una persona que se encuentra internada de forma involuntaria en un centro médico se encuentra privada de su libertad<sup>110</sup>, debe gozar de todos los derechos inherentes a tal condición, no pudiendo ser negados por el solo hecho de padecer una discapacidad permanente o temporal. En ese sentido, esto podría ser catalogado como una discriminación.

Por ello, el Estado costarricense tiene el deber de adoptar todas las medidas necesarias, independientemente de su naturaleza, para que las personas con discapacidad, permanente o temporal reciban el apoyo legal y profesional que les permita ejercer su derecho a la personalidad jurídica.

**B) Del carácter personalísimo y exigible de un consentimiento informado ante un internamiento hospitalario.**

Cuando una persona es ingresada a un centro de salud y debe ser sometida a un acto médico, ya sea un tratamiento o un procedimiento quirúrgico, lo correcto es que un funcionario de

---

<sup>110</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Voto Concurrente del Juez de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, Eugenio Raúl Zffaroni. Sin número de párrafo. “La circunstancia de que la víctima de este caso no se hallase en un establecimiento “cerrado”, en el sentido de que los pacientes no tenían impedida la salida del manicomio, no significa que no haya estado privado de libertad, como tampoco es significativo a este respecto que a ese establecimiento hubiese ingresado voluntariamente o con consentimiento de la madre: la víctima, en este caso concreto, se hallaba efectivamente privada de su libertad, pese a tratarse de un establecimiento “abierto””.

dicho centro se acerque a él y le informe sobre su estado de salud o diagnóstico, se le detalle el tratamiento o procedimiento que, acorde al criterio de los profesionales idóneos, es el necesario para aliviar o sanar su condición de salud, para lo cual se le solicita a ese paciente que otorgue su consentimiento voluntario e informado, a fin de proceder con los actos que se requieran, con base en los más valiosos principios de autonomía de la voluntad y de libertad.

Es decir, el consentimiento informado es un requisito sine qua non en el ejercicio de la medicina, el cual asegura en todo momento el efecto de las normas en relación con la autonomía personal como elemento indisoluble de la dignidad humana<sup>111</sup>, tal y como se encuentra regulado en el Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que impone tal consentimiento informado como un deber de todos los galenos<sup>112</sup>

113 .

---

<sup>111</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 118

<sup>112</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 119. El consentimiento informado consiste “en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo”. Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber, que sea previo, libre, pleno e informado. En este sentido, los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento .

<sup>113</sup> Decreto Ejecutivo 39609 Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica Artículo 49. Con las excepciones que establece la ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento, procedimiento médico o quirúrgico. No debe emprender ninguna acción sin el consentimiento previo del paciente o de su representante legal si es menor de edad o está legalmente incapacitado, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad o urgencia.

En el caso de las personas que ingresan a un centro de salud por motivos de trastornos mentales o del comportamiento, lo usual es que sea valorado por un profesional en psiquiatría el cual determinará si esa persona cuenta o no con la capacidad de brindar su consentimiento desde un punto estrictamente médico, y en caso que se determine que no lo está, el consentimiento es solicitado a sus familiares, acorde a lo estipulado en el Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012<sup>114</sup> redactado por el Área de Bioética.

Además, es necesario precisar, que aún y cuando un paciente se encuentre en una situación de emergencia psiquiátrica o en estado “crítico”, se requiere en todo momento procurar la obtención de un consentimiento informado voluntario, de modo que se le debe brindar todo el apoyo o asistencia que requiera ese paciente para poder brindarlo, ya sea ofreciéndole toda la información necesaria y asegurarse que la entienda o incluso, brindándole una atención profesional que así lo permita.

Sobre este aspecto, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, haciendo alusión al artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido clara en estimar que los Estados se encuentran obligados “garantizar a aquellas personas en

---

<sup>114</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Área de Bioética. “Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012 redactado por el Área de Bioética”, [Aprobada agosto 2012]. <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>

situación de vulnerabilidad, marginalización y discriminación, las condiciones jurídicas y administrativas que les aseguren el ejercicio de este derecho, en atención al principio de igualdad ante la ley”<sup>115</sup>, refiriéndose al derecho al consentimiento informado.

En ese sentido, las personas con discapacidad, como es el caso del señor Guachalá Chimbo, tienen un derecho incuestionable al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones a aquellas personas que no tienen discapacidad alguna, en todos los aspectos en la vida, y por ende todos los Estados tienen el deber de adoptar todas las medidas pertinentes para garantizar que esas personas tengan el apoyo correspondiente para poder ejercer su capacidad jurídica.

Es por ello que, es solo en caso de que se haya realizado un “un esfuerzo considerable<sup>116</sup>” por obtener dicho consentimiento y no sea posible determinar la voluntad y las preferencias de una persona, que se permite acudir a medidas de sustitución de la voluntad, en la cual otras personas interpretan la posible voluntad o preferencia de esa persona.

Siendo así resulta necesario concretizar que no es posible negar la capacidad jurídica o la libertad de una persona, basados solo en su condición de discapacidad, ya sea temporal o permanente, ya que esta conserva en todo momento su capacidad jurídica, y como tal, goza

---

<sup>115</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 113.

<sup>116</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 134.

de todos los derechos inherentes al ser humano, de otro modo, se estaría discriminando a estas personas por su sola condición especial de vulnerabilidad y, por ende, su dignidad.

En el caso de las personas con trastorno mental y del comportamiento, que previo criterio médico se ha determinado que no tienen la capacidad de tomar decisiones, la única forma de controlar que las medidas que han sido tomadas a lo interno de un centro médico son necesarias y proporcionales, es por medio del respectivo control judicial.

### **C) Del derecho a ejercer una defensa efectiva y a ser escuchados en los procesos de internamiento involuntario**

Tal y como se estudió de la legislación y la jurisprudencia española, se requieren de plazos legales establecidos para poner a disposición de un Juez de la República a las personas internadas involuntariamente. En el caso de Costa Rica, cuando se da una privación de libertad en la vía penal, el plazo es de 24 horas acorde a lo establecido en el artículo 37 de la Constitución Política. No se encuentran razones por las cuales no se deba respetar el mismo plazo en caso de una privación de la libertad por razones de internamiento involuntario en un centro de salud. De igual forma, debe existir un plazo fijo para que el Juez de la República deba resolver la situación jurídica de una persona que se encuentra internada en contra de su voluntad.

El internado debe tener la posibilidad de ser escuchado, y se le debe brindar toda la información necesaria sobre sus derechos en el proceso de internamiento, la posibilidad de presentar pruebas o solicitarlas, al igual que debe existir la posibilidad de contar con un abogado, ya sea privado o costado por el Estado, al igual que sucede en la vía penal.

Además, la resolución que ordene o ratifique un internamiento, debe encontrarse debidamente motivada, al ser esto una exigencia para una privación de la libertad y los insumos con los que se cuente deben de ir encaminados a que la mejor opción para preservar la salud de la persona es por medio del internamiento, y que, además, esta persona representa un riesgo para sí misma o para terceros.

En caso de que no se respeten estas garantías, en realidad, una persona internada en contra de su voluntad no cuenta con una defensa efectiva, ya que ni siquiera existe un proceso a seguir propiamente. Y siendo que no existe un debido proceso de notificación a alguna autoridad judicial, no existe un control judicial, no existe el ejercicio del derecho de defensa, no existen las revisiones periódicas de un internamiento que garanticen la necesidad, racionalidad y proporcionalidad de este, irremediamente se ocasiona que no se reconozca la personalidad jurídica de una persona como sujeto de derechos y obligaciones inherentes a la sola condición de ser humano, incluso, equiparándolo a un objeto.

Esta carencia de control podría significar un reproche internacional para Costa Rica, que podría acarrear responsabilidad de diferentes tipos, como lo son el pago de daños y perjuicios

millonarios o reparaciones integrales, el pago de costas procesales y personales, así como el cumplimiento de medidas administrativas y legales y ordenes de crear o reformar legislación y crear mecanismos judiciales de control judicial.

Por último, es necesario señalar que en el presente capítulo se han abarcado derechos tan elementales como los de protección del Estado, la no discriminación, el derecho a la defensa y a la personalidad jurídica de las personas con una discapacidad temporal o permanente, por lo que es necesario también hablar del derecho a la dignidad del ser humano, al derecho a un nivel de vida adecuado, a una mejora continua a las condiciones de existencia<sup>117</sup>, y de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y el deber del Estado de garantizarlo<sup>118</sup>.

## **Conclusiones**

Como primer punto esencial a concluir producto del presente trabajo de investigación, es que las disposiciones de los artículos 9 del Pacto internacional de los derechos civiles y políticos y 5.4 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos y de las Libertades fundamentales sobre la libertad personal y a la seguridad personal son aplicables a todas las formas de

---

<sup>117</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Tratados del 11 de diciembre de 1968 Artículo 11.

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=11190&nValor3=12008&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=11190&nValor3=12008&strTipM=TC)

<sup>118</sup> Ibidem. Artículo 12.

privación de la libertad, lo cual incluye las enfermedades mentales y los internamientos involuntarios. Esto fue interpretado de esta manera por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el Tribunal Constitucional español y la Corte Interamericana de los Derechos Humanos.

Una persona con ceguera puede aprender a leer con el sistema de lectura táctil y así tener el acceso intelectual y académico de una persona con visión sana; una persona con impedimento permanente para caminar puede transportarse en una silla de ruedas por todos los rincones del mundo si se garantizan los accesos adecuados y una persona con sordera puede comunicarse como cualquier otra persona por medio de un lenguaje de señas, siendo así, una persona con discapacidad mental, permanente o temporal, una discapacidad que, a veces, parece ser invisible, debe gozar de los mismos derechos y garantías que le permitan mantener su integración en la sociedad acorde a principios de racionalidad y proporcionalidad.

El Estado costarricense tiene una posición garante frente a todas aquellas personas que sean internadas de forma involuntaria en un centro de salud, por lo tanto, tiene la carga de velar porque estos gocen de una forma efectiva de sus derechos humanos en igualdad de condiciones de una persona que no cuenta con afectación mental alguna.

El internamiento involuntario no debe encontrarse justificado solamente con el criterio médico, si no que se debe contar con el control judicial correspondiente que siga de cerca cada uno de los internamientos, a fin de garantizar en todo momento los derechos de los

pacientes que no cuentan con la capacidad cognitiva de brindar su consentimiento. Dicho control judicial debe llevarse a cabo independientemente del tipo de discapacidad, permanente o temporal, que tenga la persona.

Las personas con discapacidad son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana de los Derechos Humanos y el deber de respetar tales derechos le corresponde a todos los que actúen a nombre del Estado, por lo que la eventual violación de aquellos les es atribuible directamente.

“La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de dichos derechos, significa que es responsable de la violación de éstos por parte de terceros en el evento de que no haya adoptado las medidas indispensables para impedir su trasgresión o para hacerla cesar, reparando el daño causado. Y todo ello respecto de cualquier persona que se encuentre, por cualquier causa, circunstancia o motivo, bajo su jurisdicción<sup>119</sup>”.

Esa responsabilidad estatal mencionada incluye el deber de suprimir las normas y prácticas de cualquier naturaleza que violen las garantías de la Convención, ya sea porque desconozcan esos derechos o libertades u obstaculicen su ejercicio, reconociendo, además, que la

---

<sup>119</sup> Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador 2021. Párrafo 80.

discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.

Es por ello que si el presente y futuro de los internamientos involuntarios depende de un acto médico específico y de un procedimiento llevado a cabo a lo interno de un centro de salud, resulta imperante que en un Estado Social de Derecho como lo es Costa Rica, se garantice el control judicial de dichos internamientos que permita que un juez de la República intervenga de forma activa en la autorización, ratificación y seguimiento de cada internamiento en particular, de modo que cada caso se tramite en total armonía con los derechos humanos de libertad y salud reconocidos por nuestra Constitución Política.

Dicho esto, también se puede concluir que, si bien no es posible implementar las garantías procesales de la vía penal a un proceso de internamiento involuntario “al pie de la letra”, sí es posible dotarlo de garantías mínimas, como el establecimiento de plazos fijos para resolución, el derecho a ser escuchados y a contar con una vía para poder impugnar ese internamiento, el derecho a contar con una defensa costada por el Estado, por más fantástico que suene en la realidad costarricense, y el derecho a revisiones periódicas. A final de cuentas, el derecho a contar con un control judicial y a garantizar el respeto a la personalidad jurídica de los seres humanos.

Producto de la investigación, se ha logrado determinar que este control judicial no existe en Costa Rica, si no que los Jueces de Familia parecen estar a la espera de la promulgación de

una ley que les indique de forma clara cuál es su papel como garantes de derecho en un proceso de internamiento involuntario por trastornos mentales y del comportamiento. Estos han afirmado que no emprenderán acción alguna, aún y cuando los Hospitales remitan las listas de pacientes que han sido internados involuntariamente, acorde a lo establecido en el artículo 30 de la Ley General de Salud. Esta falta de control judicial ha ocasionado que hasta la fecha no se haya realizado un análisis, ni se ha fijado una línea clara, en cuanto a los presupuestos específicos que justifiquen un internamiento involuntario por trastorno mentales y del comportamiento, lo que ocasiona que, en algunos casos se respete el principio de autonomía personal del paciente, pero en otros, se presente una línea gris incontrolada, donde aún y cuando la capacidad de juicio de una persona no se encuentre comprometida, se mantenga internado involuntariamente.

Siendo así, se concluye la necesidad de impulsar una reforma legal que permita la observación de los derechos de las personas afectadas con un internamiento, ya que tal y como es el estado de los internamientos en la actualidad, esto podría acarrear una violación a los derechos humanos de los pacientes, y por ende una posible responsabilidad por parte del Estado costarricense.

## Producto final

### A) REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD

Se propone la siguiente reforma a la Ley General de Salud:

<b>Artículo 30 de la Ley 5395, Ley General de Salud</b>	<b>Propuesta de reforma</b>
<b>Artículo 30.</b> Cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al juzgado de familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela.	<b>Artículo 30. Internamientos involuntarios.</b> Cuando el internamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento en los centros de salud del país no es voluntaria ni judicial, este deberá ser comunicado por el Director del establecimiento al Juzgado de Familia de su jurisdicción acorde a los presupuestos y el proceso establecido en la Ley Nacional de Salud Mental.

En primera instancia, si bien se trata de sinónimos y de un tecnicismo semántico, acorde al criterio de los expertos consultados, el término “internación” no es el utilizado en Costa Rica,

si no que se utiliza el término “internamiento”. El término internación es utilizado, por ejemplo, en la Ley 26657, llamada Derecho a la Protección de la Salud Mental promulgada el 02 de diciembre del 2010 en Argentina, por lo que se propone su cambio al término utilizado por los profesionales en medicina en Costa Rica.

Como segundo punto, según se puede extraer del criterio experto de los profesionales consultados, “trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos”, puede ser resumido dentro del término “trastornos mentales y del comportamiento”, término en el que se incluye a aquellas personas que presentan algún trastorno mental o del comportamiento producto del consumo de sustancias.

Como última observación, se considera que debe ser el Juzgado de Familia quien tenga la competencia de conocer las solicitudes de internamientos involuntarios, ya que se trata de una materia con alta sensibilidad y conocimiento de las implicaciones que tiene en las relaciones intrafamiliares, el tratar con una persona que requiere de este tipo de internamientos, es decir, se trata de una rama del derecho donde se destaca la relación personal de los miembros de un grupo familiar. A ello debe recordarse que la familia tiene el derecho a la protección del Estado, como elemento natural y fundamento de la sociedad<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> Constitución Política. *“Artículo 51. La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente, tendrán derecho a esa protección la madre, el niño y la niña, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad”.*

Se considera que los Jueces de Familia, por medio del diseño de un sistema moderno de solución y decisión de los casos que se presenten, tienen las herramientas necesarias para enfrentar de una mejor manera los conflictos, con base en la ciencia y el sentido común.

Así como existen submaterias en el Derecho de Familia, como la violencia doméstica o la pensión alimentaria que cuentan con sus propios juzgados y Tribunales especializados, lo ideal para el caso de los internamientos involuntarios sería la creación de una nueva sub materia que regule dichos internamientos involuntarios. Esto en atención a que, en promedio, acorde a los datos proveídos por el Hospital Nacional de Salud Mental, se registra un promedio de 1280 internamientos involuntarios por año, desde el año 2018 al año 2023.

Como se puede observar, no es un número pequeño de casos que se presentan al año, incluso se puede afirmar que se trata de cifras alarmantes y que podrían ir en aumento cada año<sup>121</sup>, sin embargo, tomando en cuenta la realidad costarricense, si se considera que dichas cifras no son suficientes para la creación de una nueva sub materia, estos casos podrían ser absorbidos por los Juzgados de Familia.

## **B) REFORMA DE LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL**

---

<sup>121</sup> El Observador. Nota por Mariana Mena. “Atenciones de emergencia en Hospital Nacional de Salud mental se triplicaron en los últimos 22 años”. 29 de octubre del 2023”. *“Las atenciones en el servicio de emergencias del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí dan cuenta de un crecimiento a lo largo de los últimos 22 años. De acuerdo con los datos suministrados por la Defensoría de los Habitantes, este tipo de atenciones casi se triplicaron: mientras en el año 2000 se atendieron 8.613 personas, en 2022 la cifra llegó a 23.104 pacientes”*. <https://observador.cr/atenciones-de-emergencia-en-hospital-nacional-de-salud-mental-se-triplicaron-en-los-ultimos-22-anos/>

Se propone la siguiente reforma a la Ley Nacional de Salud Mental. Se adicionan los siguientes 6 artículos al Título III, Capítulo Único titulado “Internamientos”.

**“Artículo 29. De los internamientos involuntarios.** El internamiento involuntario por trastorno mental y del comportamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, requerirá de autorización judicial. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En el caso de la solicitud de internamiento previo, será competente el Juzgado de Familia de la jurisdicción del domicilio de afectado y en los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación será del Juzgado de Familia del lugar en que se encuentre el centro de salud. Será un profesional en medicina con especialidad en psiquiatría quien deberá de emitir el criterio respectivo que detalle la necesidad, racionalidad y proporcionalidad del internamiento, así como determinar la urgencia de que dicho internamiento sea realizado de previo a la obtención de la autorización judicial y determinar el riesgo grave para sí mismo o para terceros que el paciente puede significar.

**Artículo 30. De los presupuestos de un internamiento involuntario.** Todo paciente que haya ingresado a una institución psiquiátrica de forma voluntaria tiene el derecho a abandonar la institución cuando así lo desee, a menos que se cumplan los presupuestos para llevar a cabo un internamiento involuntario. El internamiento involuntario de una persona debe ser considerado como el último recurso disponible y solo puede ser ejecutado de forma excepcional cuando exista un criterio emitido por un médico especialista en psiquiatría que

determine que la persona la capacidad de juicio de esa persona se encuentra comprometida y que la persona representa un riesgo grave para sí mismo o para terceros, que el no internamiento pueda ocasionar un deterioro en la salud de la persona y que solo de esta forma se pueda garantizar que reciba el tratamiento idóneo para su padecimiento, acorde a su derecho al acceso a la salud. Para ello, el profesional en medicina debe certificar que los medios ambulatorios no son suficientes.

**Artículo 31. De la comunicación a los Juzgados de Familia.** Cuando se realice un internamiento involuntario en algún centro de salud del país, ya sea público o privado, este deberá ser comunicado por el Director del centro al Juzgado de Familia en el plazo de 24 horas desde que se ordenó el internamiento.

Dicha comunicación debe contener el expediente médico del paciente, el cual debe tener la siguiente información:

- a) Hoja de Puerta en la cual se indique la hora de ingreso del paciente al centro de salud.
- b) Certificado médico emitido por el profesional en medicina que recomendó el internamiento, el cual debe detallar el estado de salud en que se encuentra el paciente, el posible diagnóstico y se detalle en qué consiste el riesgo para sí mismo o para terceros, de no proceder con el internamiento involuntario.
- c) El tratamiento recomendado por el médico tratante, así como los fármacos suministrados, las dosis prescritas y el tiempo de internamiento recomendable para el paciente. Deberá indicarse las razones por las cuales se considera que, de no internarse, esto acarrearía un deterioro en la salud del paciente y solo de esta forma

se podría garantizar que el afectado reciba el tratamiento idóneo para su padecimiento.

**Artículo 32. Deber de resolver la situación jurídica del interno.** Una vez recibida la comunicación del internamiento involuntario, el Juzgado de Familia debe resolver la situación jurídica del interno en el plazo de 72 horas desde la recepción del comunicado. Dentro del plazo indicado, el Juez de Familia deberá practicar todas las diligencias de investigación que considere necesarias para emitir una resolución. Dichas diligencias deben ser, pero no se limitan a:

- a) Ordenar que el Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial emita un dictamen integral de la condición de la persona internada que contemple aspectos como el diagnóstico por el cual se ejecutó el internamiento, el carácter temporal o permanente de la condición diagnosticada y la capacidad que tiene el interno para tomar decisiones en el ámbito legal, social, patrimonial, personal y financiero. Este informe deberá rendirse en el plazo máximo de 48 horas.
- b) Solicitar un informe del Departamento de Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial sobre la situación de la persona con discapacidad, así como de su círculo familiar. Este informe deberá rendirse en el plazo máximo de 48 horas.
- c) Llevar a cabo un encuentro con la persona afectada en el centro de salud que se encuentre, a fin de verificar sus condiciones, escuchar el dictamen del médico que recomendó el internamiento, escuchar a la persona internada en caso de poder hacerlo e informarla sobre los derechos que tiene en el proceso.

- d) Solicitar las ampliaciones o aclaraciones que requiere por parte del centro de salud donde se encuentre internada la persona.

Posteriormente a realizar las anteriores diligencias de investigación, el Juez debe:

1. Ratificar el internamiento involuntario, en caso de determinar que se cumplen con las causales previstas por ley.
2. Denegar la ratificación en caso de determinar que no se cumplen con las causales o la solicitud no se encuentra debidamente motivada, en cuyo caso deberá ordenar la salida exigida del afectado.

Aún y cuando el internamiento involuntario haya sido ratificado, se entiende que en caso de que no persistan las causales por las cuales se llevó a cabo el internamiento, el profesional en medicina tratante tiene la potestad de dictar el egreso del paciente, para lo cual debe notificar al Juzgado de Familia.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

**Artículo 33. Del derecho a una defensa efectiva.** La persona internada involuntariamente o su representante legal tienen derecho a designar un abogado. Si no lo hicieran, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento del internamiento. El defensor podrá oponerse al internamiento y solicitar su egreso en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

**Artículo 34. Del deber de revisión.** El Juez que ratifique un internamiento involuntario, deberá fijar los plazos en los cuales se debe revisar el internamiento involuntario a fin de

determinar si persisten las razones para continuar con dicha medida. Dependiendo de la condición del paciente, esas revisiones podrían ser diarias. En todo caso procede la revisión de oficio a los 22 días del internamiento. Es obligación del centro de salud de remitir los informes al Juzgado en la periodicidad que sea indicada por este”.

En relación con la reforma propuesta, se considera que se debe respetar el plazo de las 24 horas establecido para la vía penal de flagrancia, para poner a disposición del juez de familia a aquella persona que se encuentre internada involuntariamente. Sumado a ello, se considera que el plazo para resolver la situación jurídica de las personas internadas es de 72 horas al igual que en España, ya que 48 horas se considera un plazo muy corto tomando en cuenta los criterios que se requieren para tomar una decisión en relación con un internamiento.

Hay que tener en cuenta que, para la implementación de una reforma de este tipo, deben existir defensores públicos a disposición de los pacientes a toda hora, además que se requiere de nuevos recursos en psiquiatría, trabajo social y psicología. Tal y como fue señalado en su momento por la Corte Suprema de Justicia, es claro que esta reforma traerá una mayor carga de trabajo a los Juzgados de Familia como a los centros de salud, sin embargo, no puede dejar de señalarse que en la actualidad no existe control judicial alguno de los internamientos involuntarios que se llevan a cabo de Costa Rica, por lo que resulta imperante su regulación y control.

### **C) REFORMA DE LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL**

Se propone que se reforme el artículo 106 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, de modo que se reforme el actual inciso d) para que se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 106.** Los juzgados de Familia conocerán:

(...)

d) Los procesos de internamiento involuntario”.

Y que se corra numeración, de modo que el actual inciso d) de lea como el e).

Se considera que de esta forma se subsana el criterio de las personas juzgadoras del Juzgado de Familia del I Circuito Judicial de San José remitido por el Lic. Walter Alvarado Arias, Juez del Juzgado Segundo de Familia de San José que fue analizado en el presente trabajo de investigación.

## Bibliografía

### FUENTES FORMALES

#### Leyes Nacionales

1. Ley 10412, Ley Nacional de Salud Mental. Vigente desde el 19 de diciembre del 2023. Asamblea Legislativa.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=101081&nValor3=138893&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=101081&nValor3=138893&strTipM=TC)
2. Ley 7739, Código de Código de la Niñez y la Adolescencia. Vigente desde el 06 de febrero de 1998. Asamblea Legislativa.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43077&nValor3=0&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43077&nValor3=0&strTipM=TC)
3. Ley 5395, Ley General de Salud. Vigente desde el 24 de febrero de 1974. Asamblea Legislativa.  
[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581)
4. Ley 9379, Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Vigente desde el 30 de agosto del 2016. Asamblea Legislativa.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC)
- c) Ley 7594, Código Procesal Penal. Vigente desde el 01 de enero de 1998. Asamblea Legislativa.

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=41297](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=41297)

d) Constitución Política de Costa Rica. Vigente desde el 08 de noviembre de 1949.

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871](http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871)

e) Ley 7130, Código Procesal Civil. Vigente desde el 03 de noviembre de 1989  
Derogado.

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=12443&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=12443&strTipM=TC)

f) Ley 9747, Código Procesal de Familia. Vigente desde el 01 de octubre de 2024.  
Asamblea Legislativa.

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90569](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90569)

### **Decretos Ejecutivos**

1. Decreto Ejecutivo 39609, Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Vigente desde el 22 de febrero del 2016.

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=81421&nValor3=103834&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=81421&nValor3=103834&strTipM=TC)

### **Resoluciones de la Sala Constitucional de Costa Rica**

1. Resolución 09478 - 2000 de las ocho horas con cincuenta minutos del 27 de octubre del año 2000. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-141111>

2. Resolución 13378 - 2010 de las diecisiete horas con treinta y seis minutos del 10 de agosto de 2010.
3. Resolución 01577 – 2013 de las catorce horas treinta minutos del 30 de enero de 2013. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-573165>
4. Resolución 04375 – 2013 de las catorce horas treinta minutos del 02 de abril de 2013. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-575896>
5. Resolución 6666 – 2013 de las diez horas veinte minutos del 17 de mayo de 2013. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-579834>
6. Resolución 2020-024469 de a las nueve horas cinco minutos del dieciocho de diciembre de 2020. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1007982>
7. Resolución 24716 – 2020 de las nueve horas veinte minutos del 29 de diciembre de 2020. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1008049>
8. Resolución 5768 – 2021 de las nueve horas quince minutos del 19 de marzo de 2021. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1022306>
9. Resolución 27652 – 2021 de las nueve horas cinco minutos del 09 de diciembre de 2021. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1065648>
10. Resolución 027669-2021 de a las nueve horas cinco minutos del 09 de diciembre de 2021. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1065664>

### **Tribunal de Familia**

1. Resolución 576 – 2017 de las dieciséis horas y catorce minutos del 03 de julio de 2017. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0034-906682>

### **Normas internacionales**

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Convenio Europeo de los Derechos Humanos y de las Libertades fundamentales. 3 de septiembre de 1953. [https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention\\_spa](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa)
3. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) 16 de diciembre de 1966. Naciones Unidas. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=20579&n](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=20579&n)
4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 1966. 16 de diciembre de 1966. Naciones Unidas. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=11190&nValor3=12008&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=11190&nValor3=12008&strTipM=TC)
5. Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental, Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de los Deficientes Mentales. 24 de octubre de 1968, Jerusalén. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/78947/00820083019371.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, Asamblea General de las Naciones Unidas 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971. [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_ag-26-2856\\_1971.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_ag-26-2856_1971.pdf)
7. Declaración de Derechos de los Impedidos, Asamblea General de las Naciones Unidas 3447 (XXX), 9 de diciembre de 1975. [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_3447\\_1975.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_3447_1975.pdf)

8. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119 de 17 de diciembre de 1991. <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>
9. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo, que fue ratificado por Costa Rica el día 29 de setiembre del 2008 por medio del Decreto Ejecutivo N° 34780. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042)
10. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de diciembre de 1993. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/standard-rules-equalization-opportunities-persons-disabilities>

### **Tribunal Europeo de Derechos Humanos**

1. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso Winterwerp v. Países Bajos. Sentencia del 24 de octubre de 1979. Traducción del Inglés por Antonio Carlos Pereira Maneut.

### **Normas españolas**

1. Constitución Política Española. 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
2. Real Decreto de 3 de febrero de 1881 por el que se aprueba el proyecto de reforma de la Ley Enjuiciamiento civil. LIBRO III, Jurisdicción voluntaria. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1881-813>

3. Código Civil. Ministerio de Gracia y Justicia. Real Decreto de 24 de julio de 1889. 16 de agosto de 1889. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>
4. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. España. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
5. Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, de 7 de enero del 2000. España. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>

### **Tribunal Constitucional Español**

1. Resolución 129/1999 del 01 de julio de 1999. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1999-16571>
2. Resolución 131/2010, de 2 de diciembre de 2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-273>
3. Resolución 132/2010, de 2 de diciembre 2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-274>
4. Resolución 141/2012, de 2 de julio de 2012. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10254)

### **Proyectos de Ley**

1. Proyecto de ley N.º 22430, “*Ley Nacional de Salud Mental*” ingresado a la corriente legislativa desde el pasado 10 de marzo del 2021.

### **Acuerdos de Corte Plena**

1. Corte Plena, Corte Suprema de Justicia. Acuerdo sesión N° 19-2022 celebrada el 25 de abril de 2022

## Normas de la Caja Costarricense del Seguro Social

1. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), Área de Bioética. “Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social del 2012 redactado por el Área de Bioética”, [Aprobada agosto 2012]. <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2018/04/Reglamento-Consentimiento-InformadoUV.pdf>

## Corte Interamericana de los Derechos Humanos

1. Resolución del 21 de marzo del 2021. Caso Guachalá Chimbo y otros VS Ecuador.

## Artículos

1. Santos Urbaneja, Fernando, *“La conquista de la dignidad de las Personas con Discapacidad: Un largo camino”*, España, 2007. [https://drive.google.com/file/d/0Bx4G\\_Xl7EcKqNzc4NTM5ODAtMzFmMi00YzdlLTgxYmEtZmEyZjYwZjQwN2Ez/view?resourcekey=0-FdNgTb3QxZvA73bsjIsixA](https://drive.google.com/file/d/0Bx4G_Xl7EcKqNzc4NTM5ODAtMzFmMi00YzdlLTgxYmEtZmEyZjYwZjQwN2Ez/view?resourcekey=0-FdNgTb3QxZvA73bsjIsixA)
2. Israel Biel Portero. *“Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad”*. “Los enfrentamientos durante la Segunda Guerra Mundial generaron un gran número de discapacidades, lo cual suponía una seria preocupación (SIC) para los Estados implicados que, considerando a aquellas personas como un lastre social y económico, trataban de minimizar el problema que suponían. No existía una verdadera política sobre discapacidad y las iniciativas respondían a la caridad de los poderes públicos” 2011. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31004.pdf>

3. Romero Gallo Abogados, “Internamiento No voluntario”. Municipio en Gran Canaria, España. Consultado el día 08 de diciembre del 2023. <https://romerogalloabogados.com/internamiento-no-voluntario/#:~:text=El%20internamiento%20no%20voluntario%2C%20tambi%C3%A9n,salud%20mental%20sin%20su%20consentimiento> .
4. M. Ibáñez Bernáldez y M. Casado Blanco, “Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos”. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz, España. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Semergen. 2018;44 (2): pág. 126. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-internamiento-no-voluntario-del-paciente-S1138359317301430>
5. El Observador. Nota por Mariana Mena. “Atenciones de emergencia en Hospital Nacional de Salud mental se triplicaron en los últimos 22 años”. 29 de octubre del 2023”. <https://observador.cr/atenciones-de-emergencia-en-hospital-nacional-de-salud-mental-se-triplicaron-en-los-ultimos-22-anos/>

### **Otras fuentes**

1. Organización Mundial de la Salud, Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud 2001. Págs. 13 y 20. [https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud, “Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10”, 1992.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. 8 de junio del 2022.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Un%20trastorno%20mental%20se%20caracteriza,funcional%20en%20otras%20%C3%A1reas%20importantes>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. “Autoridades de salud en Costa Rica hacen llamado a reducir estigma y discriminación hacia salud mental”. 07 de octubre del 2022  
<https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-autoridades-salud-costa-rica-hacen-llamado-reducir-estigma-discriminacion-hacia>
5. Real Academia Española.

#### **FUENTES EMPIRICAS**

2. Entrevista a la Dra. Carolina Isabel Montoya Brenes, Directora General a. i. del Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut de Costa Rica. 03 de noviembre del 2022. Por medio de la plataforma Microsoft Teams.
3. Entrevista a la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres el pasado 30 de noviembre del 2023.
4. Entrevista al Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos código MED8258, especialista en Psiquiatría y sub especialista en Neuropsiquiatría. Funcionario del Hospital de San Carlos, Alajuela.

5. Entrevista al señor Jorge Olaso Álvarez, Magistrado de la Sala Segunda de la Corte Suprema de la Corte Suprema de Justicia en fecha 20 de setiembre del 2023.
6. Entrevista al MSc. Sergio Trejos Robert, Fiscal de la República en fecha 30 de setiembre del 2023 y 08 de febrero del 2025.
7. Asociación Costarricense de Psiquiatría (ASOCOPSI), Criterio Técnico número ASOCOPSI- JD- 06- 2021, **“Criterio Técnico Ley proyecto N 22430 “LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL”**. 04 de junio 2021.
8. Asociación Costarricense de Psiquiatría (ASOCOPSI), Criterio Técnico número ASOCOPSI- JD- 04- 2022, **“Criterio Técnico Ley proyecto N 22430 “Ley de Salud Mental”**. 18 de abril del 2022.
9. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Oficio PJG.232.07.2021 de fecha 30 de julio del 2021 dirigido a la Asamblea Legislativa, en relación con el Proyecto de Ley 22430, “Ley Nacional de Salud Mental”.
10. Oficio de fecha 06 de julio del 2023, remitido por el Lic. Walter Alvarado Arias, Juez del Juzgado Segundo de Familia de San José al Hospital Nacional de Salud Mental Antonio Chapuí y Torres.
11. Caja Costarricense de Seguro Social Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut Dirección Médica, Oficio 2305-DRIPSSCS-D.M.-0084-22 de fecha 08 de marzo del 2022, Dra. Carolina Montoya Brenes, Directora General a.i.

## **Anexos**

1. Resumen de la entrevista a la Dra. Patricia Orozco Carballo, sub Directora de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres realizada el pasado 30 de noviembre del 2023.

Se resumen, en lo conducente, de los puntos destacables de la entrevista realizada.

- a) Una persona con una discapacidad mental por déficit intelectual también puede presentar trastornos del comportamiento, por lo que, dependiendo del caso, también podrían ser internadas involuntariamente.
- b) Una persona con psicosis y un psicótico es lo mismo. La psicosis es cuando usted está fuera de la realidad. Los que tienen un trastorno bipolar pueden tener episodios psicóticos, pero no siempre. Los que están por consumo de sustancias pueden tener episodios psicóticos por la misma sustancia. Existe una depresión psicótica. La persona que está psicótica está fuera de la realidad. Unos alucinan y escuchan voces y otros tienen lo que llamamos, ideas delirantes, que son ideas extrañas, a veces no tan extrañas, pero lo que lo caracteriza es la forma en que esa persona llega a esa conclusión. Hay muchas clases de ideas delirantes. Las que son religiosas, cuando ellos dicen que tienen una misión en la vida, que dicen que son los elegidos por Dios para hacer determinadas cosas. Después están los

paranoides que se sienten perseguidos, acosados, grabados, que nos están escuchando, viendo etc. Hay de muchas clases.

- c) Una persona con un trastorno, por ejemplo, trastorno bipolar, no necesariamente presenta una discapacidad, si tiene un adecuado tratamiento.
- d) Las personas con un trastorno límite, son personas con un trastorno de personalidad. Indica que el autor del apartado de conceptos técnicos los separa porque son personas “muy difíciles de tratar”. Pero no están psicóticos. Una persona con un trastorno límite tiene un trastorno de la personalidad que son emocionalmente inestable, que tiene dificultad para la convivencia social, una persona muy intensa que hoy te ama, mañana te odia. La gente los confunde con bipolares por esa inestabilidad. El bipolar es más estable que una persona con trastorno límite, porque se deprime por dos semanas o por dos meses, o le da una manía por dos semanas o por dos meses. En cambio, una persona con trastorno límite, el mismo día cambian. Constantemente dicen que se quieren suicidar. Son manipuladoras con sus familias.
- e) Un trastorno de conducta no es lo mismo que un trastorno de personalidad. Un trastorno de conducta es cuando yo me comporto inadecuadamente, como por ejemplo que me ponga a tirar cosas o a golpear, o a comer con las manos o a gritar. Ser violenta o agresiva con los demás, contra mí. Y el trastorno de personalidad ya es algo estructural de la persona. La persona tiene hecha su personalidad y de la manera que enfrenta la vida tiene esas alteraciones emocionales, tienen problemas en el trabajo, tienen problemas con la familia, con la pareja etc. Es gente que la pasa mal. Es la sensibilidad que hay que tener. Tienen

un vacío interno y ellos difícilmente están bien. Tienen un vacío que no logran satisfacer de ninguna manera.

- f) ¿Cuándo tenemos que internar a una persona involuntariamente? Cuando presenten una disminución de juicio. Cuando corra peligro esa persona, terceros o la propiedad privada o pública.
- g) ¿Los que vienen con ideas suicidas, qué tipo de trastorno traen? Muchos diagnósticos tienen ideación suicida, hasta los esquizofrénicos, los bipolares, los deprimidos, los trastornos de personalidad (límite), esos siempre están haciendo intentos suicidas. Nosotros hemos tenido aquí pacientes con mucho tratamiento y al final han terminado en suicidio. ¿Estas enfermedades tienen cura? No, ninguna enfermedad tiene cura. No tienen cura, pero sí tienen compensación. Solo las infecciosas, porque se elimina la infección, pero veamos, ¿una hipertensión arterial? No se cura. La diabetes no se cura, que es lo más corriente, las infecciones sí se curan. Entonces, tener una enfermedad mental es como tener una enfermedad crónica no transmisible. Un trastorno bipolar, puede que usted conozca gente que tenga, pero usted no lo sabe porque están compensados, están con su tratamiento y son funcionales.
- h) ¿Cuáles son los trastornos por los que mayormente se dan internamientos involuntarios? Sobre todo, la psicosis, como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, la depresión severa y algunos trastornos límites de la personalidad, yo diría que son los 5 primeros.
- i) ¿Usualmente esos ingresos involuntarios, qué porcentaje diría que es por la dependencia a las drogas? No te sabría decir cuántos, pero bastantes. Lo que pasa

es esto, las personas que tienen algún trastorno mental y del comportamiento son más susceptibles al consumo de drogas y se ha visto también que hasta el 80% de las personas que consumen drogas pueden tener una enfermedad psiquiátrica. O sea, como que va para los dos lados. Y ciertas sustancias, per sé, hacen que una persona se comporte como teniendo un episodio psicótico, porque deliran, se ponen agitados, se ponen agresivos.

- j) ¿En el Hospital hacen alguna diferencia cuando ingresa un paciente con trastorno por el consumo de sustancias y los que no? ¿A todos los internan por igual? Sí, para protegerlos. ¿No importa si es una persona drogadicta que viven en la calle, por ejemplo? ¿No importa las veces que venga, siempre lo internan? Sí, muchas veces, pero el Hospital no da un tratamiento de rehabilitación, si no que tratamos solamente la parte aguda y luego lo que se trata es de coordinar es que la persona egrese de aquí a un centro de rehabilitación. A veces lo logramos y a veces no lo logramos, porque el ingreso a esos centros de rehabilitación es voluntario.
- k) Ya hablando de los internamientos involuntarios propiamente, ¿podría describir cuál es el proceso del internamiento involuntario, desde que llega el paciente desde que lo internan, las revisiones que le hacen al diagnóstico etc.? Hay muchas formas diferentes. Puede ser una persona que ya desde que la traen, la traen en contra de su voluntad, entonces desde que llega puede ser que ya llega agitado, agresivo, entonces esa persona no solo se interna involuntariamente, si no también se inmoviliza física y farmacológicamente, para eso hay un reglamento de aislamiento y sujeciones. Ya no se usa camisa de fuerza. Entonces el paciente se ingresa, se le hace una hoja de puerta, se le hace un expediente, se hace una

descripción de la persona, de cómo viene, si se puede entrevistar, se entrevista. La herramienta nuestra es la entrevista. Se le hace un examen físico y se le mandan exámenes de laboratorio, entre ellos el examen de drogas. Ya luego cuando la persona ingresa a la unidad de cuidados intensivos, se llama unidad de terapia intensiva, que son unidades que solo aquí hay, en este Hospital son un salón pequeño, con solo 15 pacientes con algunos cuartitos de aislamiento, que enfermería de donde está puede verlos a todos y ahí está la gente que está más grave. Ya cuando la persona va bajando el tono de agitación de agresividad de psicosis con el tratamiento, entonces se les pasa a los pabellones. Con el riesgo de que a veces se nos fugan. Por más que nosotros estamos tratando de no dejar portillos para que no se fuguen, tampoco somos una cárcel. Cuando ellos están en el pabellón ellos ya andan por los jardines. Los jardines son amplios porque eso puede ayudar a que usted recupere su estabilidad mental. Ese es un tipo de persona, otro tipo de paciente puede ser el que llega engañadillo por la familia, lo traen, vienen caminando tranquilos, se sientan, usted lo empieza a entrevistar y se da cuenta que tienen alto riesgo suicida o que está psicótico, pero se comporta diferente a los del primer caso, y uno les dice que hay que internarlos y ellos dicen ah no, yo no me interno. Entonces nosotros le decimos, tiene dos opciones, o acepta o igual hay que sujetarlo porque va a querer salir corriendo. Esos son los dos tipos.

- 1) ¿En qué casos usted considera que un paciente sí se encuentra en condiciones para leerle sus derechos en caso de internamiento involuntario? Cuando los ingresos

son voluntarios sí se les explica todo. Yo pienso que cuando los pacientes se pasan de terapia intensiva a los pabellones, en pabellón sí se les explica todo.

- m) ¿A ellos se les da una defensa asignada por el Estado? A los que están en CAPEMCOOL sí. Pero los que se tramitan directamente en el Hospital, no. El tiempo de estancia normalmente es de 22 días, en 22 días más o menos una persona se compensa, hay gente que dura más, hay gente que dura menos. Algunos duran más porque tienen dificultades con el tratamiento, que son resistentes a los antipsicóticos más comunes.
- n) El Hospital tiene trabajadores sociales y psicólogos, pero no los fines de semana. Ha pasado que uno hace guardia los fines de semana, y llegan familiares que quieren llevarse al paciente, y dependiendo de las razones por las que quieran llevárselo, el médico valora si se le da la salida exigida o no. Uno siempre puede decirle que no a los familiares.
- o) ¿Quién decide cuando se realiza un internamiento involuntario? es un especialista en psiquiatría, no un médico y cirujano general.
- p) Las visitas en terapia intensiva son todos los días. En los pabellones no, porque la gente está más compensada y los tratamientos nuestros realmente hacen efecto a largo plazo. Usted no puede tomarse una partilla hoy y ¡ya! Me compuse. Sino que deben tener por lo menos de 14 a 22 días para ver el efecto. Y los tratamientos se alargan cuando receto un tratamiento y a los 15 días veo que no le hace nada, entonces cuando le receto otro tengo que esperar otros 15 días, más o menos. Esto hace que el internamiento sea más largo.

- q) ¿Cuándo el médico dice que esta persona se tiene que quedar internada, el paciente tiene la opción de que alguien más revise esa decisión del médico? No. Lo que hay es un comité local de bioética clínica al que podría acudir, pero nunca he sabido que un paciente acuda a ese comité. Otra cosa que se puede hacer, pero que apenas está arrancando, es que cuando el médico tiene dudas se hace una sesión colegida, eso es que dos o tres psiquiatras ven el caso juntos, pero eso lo solicita el médico. ¿Pero un paciente lo puede pedir? Si un paciente lo pidiera, se le daría. Cuando piden cambio de médico, se lo cambiamos, cuando se puede. También pueden acudir a la contraloría de servicios, aunque estén psicóticos y la contraloría les levanta la queja y se les responde.
- r) ¿Cuánto es el mayor tiempo que ha visto a una persona internada involuntariamente? Lo que pasa es esto, lo que yo te decía. La persona se anota si es voluntario o involuntario al ingreso, ya después nadie lo vuelve a anotar. Ya uno pensaría que el que está en pabellón tranquilo, ya se resignó, ya está casi que voluntario. Son algunos pacientes, no son muchos que insisten en salir ya después. Hemos tenido pacientes que, hay teléfonos públicos, entonces hemos tenido pacientes que llaman al 911, que llaman a la familia, que presionan a la familia para que los vengán a sacar. Hay pacientes que cuando apenas los pasan al pabellón, se fugan y apenas llegan a la casa los vuelven a atraer. Entonces ya cuando ha pasado esto dos o tres veces se dejan en la unidad de tratamiento intensivo un tiempo más largo, pero esos son pocos.
- s) ¿Conoce algún caso de algún paciente que haya acudido a la Sala Constitucional a raíz de un internamiento involuntario? Uno que nos tiene contestándole oficios

desde el 2009, nos ha puesto varios recursos de amparo. Él hace varios cuestionamientos sobre su ingreso involuntario, pero muy repetitivos. En algún momento por ahí del 2013 no supimos más de él porque se le dijo que estaba desgastando la administración. Pero ahora hace pocos años vuelve a hacer cuestionamientos de su internamiento involuntario del 2009. Ya le hemos contestado lo mismo mil veces. Yo no he sabido de más internamientos involuntarios.

- t) Los funcionarios del Hospital no van a una vivienda a traer a los pacientes. No tenemos atención pre hospitalaria.
- u) Cuando el Hospital era acilo, existen personas que vivieron en el Hospital aproximadamente los 50 años. En el 2018 se cerró el acilo y esas personas se fueron con las familias, otros se llevaron a albergues de CONAPDIS o a albergues de hogares de ancianos. Hubo que hacer un gran trabajo de adaptación. El derecho de la persona es vivir en la comunidad. El costo de que una persona esté internada en un Hospital es altísimo, no recuerdo el dato.
- v) ¿Ve factible que el Hospital pueda comunicar a un juzgado sobre un internamiento involuntario en 24 horas? Sí. Excepto los fines de semana o los feriados. Lo que hacíamos antes era que el lunes comunicábamos los internamientos de viernes, sábado y domingo.
- w) Cuando una persona ingresa al Hospital, ¿ustedes ya saben a ciencia cierta qué es lo que tienen o necesitan más tiempo? Depende. Según cómo se presente la enfermedad. Como te decía, la herramienta de nosotros es la entrevista y el

examen mental. Eso va evolucionando conforme pasan los días. Hay enfermedades que se ven muy parecidas, pero evolucionan diferente.

- x) ¿Tienen estadísticas de las fugas? Sí. Se llama egreso no consentido. Se las puedo pasar.
- y) Solo nosotros hacemos internamientos involuntarios. El Chacón Paut no tiene ingresos involuntarios, el Calderón los ponen en una ambulancia y los traen aquí. Lo ideal sería que en los hospitales generales hubiera servicios y camas de psiquiatría, pero eso no existe, si no que los traen aquí. Lo que hace que se desliguen de su comunidad. Si hay algún paciente grave de cualquier lado del país, viene a dar aquí.

2. Resumen, en lo conducente, de la entrevista al Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos código MED8258, especialista en Psiquiatría y sub especialista en Neuropsiquiatría. Funcionario del Hospital de San Carlos, Alajuela.

- a) ¿Cuál es la diferencia entre un diagnóstico y un pronóstico? ¿Ambos son conceptos que se usan actualmente? Sí, ambos se utilizan actualmente. Un diagnóstico es el nombre que tiene un constructo sindrómico o una enfermedad que tenga ya una etiología determinada. Por ejemplo, cuando uno tiene fiebre, el diagnóstico puede ser un síndrome febril, pero si ya se encuentra después de los estudios clínicos o para clínicos, la causa de esa fiebre, por ejemplo, fiebre por dengue, entonces el diagnóstico sería dengue. El pronóstico, es más bien, pronosticar o inferir cuál va a

ser la evolución de una enfermedad, por ejemplo, o cuál va a ser la resolución o la persistencia de esa enfermedad o cuando a veces se habla de pronóstico vital, cuanto tiempo una persona en estado grave o terminal, va a continuar con vida.

- b) ¿El CIE-10 es la clasificación que se utiliza actualmente? Actualmente hay una más reciente que es la CIE 11, tiene algunas actualizaciones en relación con la CIE10. Es importante comentar que CIE significa clasificación internacional de enfermedades y básicamente es un manual internacional un poco avalado o respaldado o promovido por la OMS para homologar términos o nombres de enfermedades que se conocen en el mundo, por lo tanto es un manual más estadístico que diagnóstico, en mi opinión es bastante limitado y que tiene algunos términos que a veces son contradictorios y otras veces redundantes y carecen de ciertos grupos de diagnósticos que pueden ser de utilidad, sobre todo diagnósticos sindromáticos. Pero bueno, sí se utiliza. En psiquiatría también está el DCN5 que es el diagnóstico estadístico y de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana y básicamente es un manual complementario o paralelo al CIE11 que establece también un correlato diagnóstico que similar al anterior, también tiene sus problemas y limitaciones. Se utiliza más para Estados Unidos, no necesariamente es homologado a nivel internacional como el CIE 11. Por ejemplo, para diagnosticar a una persona en el EDUS en Costa Rica se utiliza el CIE-11, pero no significa que el DCN5 sea malo, por el contrario, es un poco mejor e implementa términos no tan redundantes ni limitados y está un poco más avalado por la parte clínica.
- c) En cuanto a la definición de un trastorno mental o del comportamiento, este es un término que es difícil de definir, porque hay diferentes definiciones dependiendo de

dónde uno lo lea. Estas dificultades o vicisitudes no son exclusivas de la psiquiatría, si no que se ve en otras áreas de la medicina. Lo que yo recomendaría es utilizar como base utilizar la definición del glosario de patologías de la OMS. Yo no estoy tan de acuerdo con ese concepto porque es más político que otra cosa, pero si me preguntas mi experiencia u opinión propia quizá, podríamos entender dentro del más amplio de los entenderes, que trastorno es una condición clínica donde la persona que sufre o parece de este problema ve limitado su funcionamiento a nivel personal, familiar o laboral. Es decir, que determinado padecimiento genera una afectación de su funcionamiento habitual. Mental, hablamos de los padecimientos de los manuales que ya hablamos, y del comportamiento es una conducta observable, que la persona presenta o reproduce en un entorno determinado y que se considera anómala para personas de su grupo etario o de afinidad. Una conducta alterada que no está dentro de un canon social aceptable.

- d) ¿Trastorno mental y trastorno psíquico, son sinónimos? Imagino que habrá profesionales o personas que les gusta utilizar el término psíquico, pero no es lo que se utiliza. Uno entendería que psíquico viene de la psique, y psique es un término que engloba el concepto de mente, y que por ello tienen una similitud, pero el término de uso en el castellano adecuado para referirse a la parte clínica, es mental, no psíquico.
- e) ¿Qué diferencias existen entre un trastorno mental y un trastorno del comportamiento? Es una pregunta complicada de contestar, porque los manuales los engloban como un conjunto. Es un estribillo, más que una diferencia clínica. Pero si me preguntas de mi experiencia te digo que no todos los trastornos mentales, son trastornos del comportamiento evidenciables. Por ejemplo, personas que tienen un

problema de estado anímico, depresivo o ansioso, esto no tiene que ser percibirle o evidenciable, mientras que otras personas pueden evidenciar conductas alteradas, sin que tengan un trastorno mental, entendiendo que el comportamiento es un concepto muy amplio. Por ejemplo, usted puede bajarse el carro en una presa y agredir al conductor de atrás porque le tocó la bocina, lo cual es una conducta evidenciable, pero no quiere decir que tenga un trastorno mental.

- f) ¿Un trastorno de ansiedad podría ameritar un internamiento involuntario? ¿Un trastorno depresivo podría ameritar un internamiento involuntario? En el primer caso de trastornos ansiosos, por definición no, puesto que un trastorno de ansiedad no debería por sí solo no debería de generar un trastorno en el juicio de realidad del paciente que le limite la toma de decisiones, entre ellas aceptar o no un internamiento. Quizá la excepción es si este trastorno de ansiedad se presenta en una persona que tiene un padecimiento de fondo más grave. Por ejemplo, que aparte de tener trastorno de ansiedad, también tiene un trastorno psicótico o esquizofrenia. Y en el caso de trastornos depresivos, es igual que lo anterior, que venga de la mano de algo más grave. Quizá la única entidad clínica donde uno podría considerar que un trastorno depresivo genere la necesidad de un internamiento involuntario, es cuando un trastorno depresivo grave, tenga como complicación un estado psicótico, que es cuando la persona pierde el contacto con la realidad y su toma de decisiones se ve disminuida. No es algo común, pero sí hay un porcentaje de casos.
- g) ¿Acorde a su experiencia, existe alguna regla definida de los presupuestos que ameritan un internamiento involuntario en la práctica en Costa Rica? ¿Acorde a su experiencia, cómo determino que una persona es un riesgo para sí misma y que por

ello debe ser internada involuntariamente? Tal vez en Costa Rica el término que más se utiliza es el de protocolos o lineamientos. En cuanto a internamientos, no existe en el país un protocolo o estandarización en cuanto al manejo de internamientos involuntarios. Internacionalmente, la literatura es muy heterogénea. Los ingresos establecen como un internamiento independientemente de si el paciente representa un peligro para otros o para sí mismos, sino que lo que valoran es que el paciente tenga una capacidad de juicio disminuida o un juicio alterado. Otros sí establecen la necesidad de que el paciente represente un riesgo para sí o para terceros, entiéndase un paciente alterado o agitado o violento. Otros como los belgas dicen que tienen que cumplirse ambos, el trastorno conductual marcado, como el riesgo. Al no tener en el país un protocolo, esto resulta ser heterogéneo. En el Hospital que yo trabajo es que valoramos ambos factores, que el paciente tenga incapacidad de toma de decisiones y que tenga condición de agitación que requiera un manejo agudo. Entiéndase, juicio y razonamiento, son dos funciones cognitivas que pueden verse comprometidas por problemas cognitivos como por enfermedades psiquiátricas graves como episodios maniacales o estados psicóticos principalmente. Cuando estas funciones están limitadas, el paciente, de cierta forma, va a estar en un estado de vulnerabilidad, porque transitoriamente tiene una abolición o disminución de estas habilidades, por lo que se habla de un riesgo a sí mismo o terceros, porque a partir de esa condición, se evidencia agresividad o agitación, que lamentablemente es un usual que ambas cosas se vean juntas.

- h) Según su experiencia, ¿cómo son los servicios de psiquiatría en los hospitales nacionales? Existen Hospitales afuera de San José, como Limón, San Carlos y Pérez

Zeledón donde se ingresan pacientes con condiciones psiquiátricas, pero, a excepción de Limón, no tienen servicio de psiquiatría, si no que se ingresan en el servicio de medicina interna. Yo estoy adscrito al servicio de medicina interna en el Hospital de San Carlos. Las unidades de tratamiento intensivo de los Hospitales, se manejan pacientes de cuidado crítico que son tratados por intensivistas en esa área y personal de enfermería que están con menos volumen de pacientes por la complejidad que estos representan y que necesitan un monitoreo constante por su estado de salud. La unidad de tratamiento intensivo del Hospital Nacional de Salud Mental básicamente es un cuarto que tiene más medidas de contención física, menos posibilidades que el paciente se figue, para que el paciente no puede agredir a otros o estar aislado, esa es la única característica que tiene. Pero uno generalmente no llega ahí directamente, generalmente uno llega al servicio de urgencias del Hospital más cercano a su domicilio o al lugar donde se encuentre, como cualquier persona que tenga una crisis. Entonces las medidas iniciales, por ejemplo, si es necesaria una contención mecánica o aplicar medicamento sedante para controlar el estado de agitación se hace en los hospitales generales, en cualquiera, porque es necesario ese manejo para poder canalizarlo. Ahora el manejo posterior, generalmente, por lo menos en el Hospital de San Carlos, manejamos esos pacientes y cuando este se repone, y en caso que este pueda ser contenible y manejable se mantiene en el hospital, incluso involuntariamente, pero otros pacientes, lamentablemente sí tienen que ser trasladados al Hospital de Salud Mental en San José, dado que tienen mejores posibilidades de tratamiento y contención de los pacientes en estas circunstancias

- i) ¿Son frecuentes los internamientos involuntarios por ideas o tentativas suicidas o ideas homicidas? No se justifica un internamiento involuntario, a menos que el paciente tenga alguna condición en su juicio de realidad. Por ejemplo, si usted se intentó suicidar, pero se reusa a internarse, usted puede firmar una boleta de autorización y salir del hospital. Esto es frecuente que se dé. Que una persona necesitando tratamiento, se reusa. Y si su capacidad de juicio está conservada, no se le limita el egreso. O que usted tenga ideas de agredir a la gente, si usted no tiene condición psiquiátrica demostrable, la CCSS no es centro de contención.
- j) ¿Una persona que ha sido internada involuntariamente, posteriormente puede solicitar su egreso? Esto está relacionado con su familia. Por ejemplo. Usted ingresó involuntariamente con un episodio de manía agresiva. Posterior a que se le den los medicamentos, la agresividad disminuye, pero se mantiene el episodio de manía. La familia puede firmar la salida exigida y llevársela del hospital. Quizás lo que no puede hacerse, es que usted esté francamente agitada, francamente agresiva o descompensada, en cuyo caso el egreso podría considerarse un riesgo de salud pública porque podría agredir a un tercero por lo que no procede una salida exigida.
- k) ¿Considera que una persona con un trastorno mental y del comportamiento es una persona con una discapacidad? No. Me parece una afirmación errónea. La mayoría de las personas no necesariamente tienen una discapacidad, más bien pensaría que el término es incapacidad porque es algo que es reversible en el tiempo. No necesariamente todos van a tener una condición secuelar, a menos que sea un retraso mental o una demencia, pero la psicosis o la manía son condiciones reversibles, se puede entrar y salir de ese estado.

1) ¿Cuáles son los presupuestos para internar involuntariamente a una persona que amenaza con suicidarse? En Costa Rica se toman en cuenta ambos presupuestos, tanto que corra un riesgo para sí mismo y para terceros, pero que también esté en relación con que la persona tenga un compromiso de su capacidad, tenga una limitación de juicio, ya sea permanente como una demencia, o sea temporal como un estado psicótico. En esos casos el paciente se ingresa incluso de forma involuntaria. Ya no existe una legislación que ampare internar a una persona por el simple hecho de querer atentar contra su vida, por lo que esa amenaza contra su vida no es un elemento de peso para ingresar a esa persona de forma involuntaria. Por ejemplo, vos puedes hacer un intento de autoeliminación y ser valorada y egresada del hospital, porque ya no tienes ideas suicidas, de hecho, eso pasa muy frecuentemente. Pasa que la persona ya está arrepentida o ya está más tranquila o ya no está bajo el efecto de alguna sustancia o ya no manifiesta ideas suicidas, entonces el paciente se egresa. Hay pacientes que persisten con ideas suicidas, pero si el paciente es una persona mayor de edad, porque en el caso de los menores de edad, si es distinto porque hay una salvaguarda que los servicios de salud tienen sobre los menores de edad. Pero en el caso de los mayores de edad, el paciente firma una exoneración y se va, no se puede retener. Y en el caso que el paciente externe su deseo de hacerle daño a una tercera persona, por ejemplo, que el paciente diga que saliendo va a matar a alguien, tampoco nos da la potestad de retener al paciente. Si el paciente ya no tiene una condición donde su capacidad de juicio esté disminuida o abolida, no tenemos el criterio clínico para retenerlo. Ya tendrán que asumir las consecuencias de sus actos delictivos.

- m) ¿Cómo funciona la hoja de exoneración? Históricamente han existidos dos documentos, uno de exoneraciones y otro de salida exigida. El de exoneraciones se usa cuando una persona no quiere realizarse algún procedimiento que puede causar un efecto negativo o no quiere ponerse un tratamiento que puede representar una repercusión en su salud. Por ejemplo, a usted se le explica que hay un tratamiento que puede ayudarle a resolver una situación de salud, pero que las complicaciones pueden ser graves, entonces el paciente decide no hacerlo y el médico recomienda hacerlo. Entonces el paciente exonera a la institución y al personal y asume las consecuencias de no aplicarse el tratamiento o la recomendación médica. Y la salida exigida se da cuando una persona no quiere quedarse en el hospital, pero sí existen criterios médicos para permanecer. Por ejemplo, a usted la internan por una emergencia hipertensiva y decide que quiere irse porque no le gusta la cama del hospital y que la va a ver un cardiólogo privado. Eso se aplica también en la parte psiquiátrica, siempre que usted tenga la capacidad de decidir y entienda las consecuencias que el egreso conlleva.
- n) ¿Usted podría precisar el uso del término “enfermedad mental”, en comparación con el término “trastorno mental” ¿Es lo mismo? ¿En la actualidad se utiliza dicho concepto? ¿Cuál es el término correcto? Lo correcto es referirse al término de trastorno mental. Hablar de enfermedad mental es un término muy genérico. Uno puede hablar de forma genérica sobre enfermedades mentales, pero no es un término deseable porque puede ser confuso, ya que los manuales de clasificación internacional hablan de trastornos mentales.