

Internamientos de urgencia

Ana FERRER GARCIA

En ningún momento se puede obviar que el enfermo mental es precisamente «un enfermo» necesitado de tratamiento adecuado a su dolencia que los poderes públicos, por mandato constitucional, vienen obligados a dispensar en todas las esferas de su vida, sin que ello pueda implicar merma ni menoscabo de los derechos y libertades que como ciudadanos les son incoherentes por imperativo, igualmente, constitucional.

La naturaleza de la enfermedad mental determina que el por ella afectado adopte pautas de conducta susceptibles de generar situaciones de riesgo o violencia. De ahí la tradicional concepción del enfermo mental como ser peligroso o al menos molesto socialmente hablando, con la carga de marginación que ello conlleva.

No cabe duda que las aludidas situaciones de riesgo o violencia obligan a adoptar medidas eficaces en casos extremos coercitivos, en cuanto entrañan privación de libertad, participando de tal naturaleza los internamientos en establecimientos psiquiátricos, siendo la problemática que rodea a los mismos, con exclusiva referencia a las acordadas al margen del proceso jurídico, que me viene obligado por mis desconocimientos técnicos de psiquiatría.

Tales supuestos en la actualidad se encuentran contemplados en el Código Civil, a partir de la reforma operada en el mismo por la ley 13/83, de 24 de octubre, en concreto el artículo 211, que vino a someter al control judicial las situaciones de internamientos psiquiátricos no voluntarios, mientras que los mismos inciden sobre el bien jurídico de la libertad personal, derecho reconocido en el artículo 17 de la Constitución, asumiendo el juez condición de garante de los derechos fundamentales de la persona, que le atribuyen los artículos 24 y 53 del texto constitucional.

Con anterioridad a la citada ley la situación normativa era muy distinta. La persistente consideración del enfermo como un ser peligroso, con la carga de marginación que ello arrastraba, tuvo su fiel reflejo en el ordenamiento jurídico con la exclusión en las normas básicas de carácter sustantivo civil, habitualmente calificado como Derecho de las Personas, de las situaciones de internamiento previo a la incapacitación, respecto a las cuales no se contenía mención alguna, ni, en su consecuencia, se fijaban mecanismos de control judicial.

Nos encontramos ante lo que se conoce como «internamiento urgente», olvidado por el Código Civil y regulado, al margen de este, sucesivamente por los decretos de 19 de mayo de 1885 y 3 de julio de 1931.

Este último precedente legislativo inmediato a la

actual situación se mantuvo en vigor hasta la ley 13/83, de 24 de octubre. En el mismo se distinguían internamientos por voluntad propia, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, este último en relación con la implicación del enfermo en un procedimiento judicial penal. Con esta última salvedad, el control judicial del internamiento queda limitado a una mera función burocrática, cual es la de devolver sellado el parte de ingreso, que al efecto se le remite y la recepción de partes informativos semestrales y el alta médica.

En opinión de Bercovitz (*La Marginación de los Locos y el Derecho*. 1976), el precitado decreto se caracteriza por conceder «una preferencia total a los criterios de eficiencia, basados sobre la ponderación científica de la Psiquiatría, así como a un intento de proteger a la sociedad frente a la peligrosidad de los enfermos», con eliminación casi total de garantías que deberían rodear cualquier privación de libertad.

Estos caracteres se revelan claramente en los preceptos del mencionado decreto, y, en concreto, la idea del internamiento como institución protectora del orden social frente al enfermo mental queda patentizada entre otros en el artículo 17, del siguiente tenor literal: «la admisión por orden gubernativa para observación podrá ser dispuesta por el gobernador civil o el jefe de Policía en las capitales de provincia y por el alcalde en las poblaciones menores. Tendrá lugar cuando, a juicio de un médico, el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso del propio enfermo...».

La Constitución del 78 impone necesariamente un cambio de orientación respecto a la descrita situación, fijándose a través de sus preceptos los parámetros del cambio de coordenadas operado.

El desarrollo de la Constitución en la materia que tratamos, se produjo por la ya citada ley 13/83, de 14 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutelas. Dicha reforma, que dio nueva redacción a los artículos 199 a 306, introdujo un sistema del que destacan como fundamentales dos características:

1. Regulación por primera vez de la figura del internamiento como categoría autónoma dentro de la disciplina normativa de la incapacitación, instituyendo el control judicial para los internamientos.
2. Especificación de que el sujeto del internamiento, según el artículo 211 del Código Civil es el «presunto incapaz» o también el ya incapacitado, según prevén, para este último

caso los artículos 271-1 y 290 del mismo Código, lo que implica ubicar el fenómeno de los internamientos en el marco de la incapacidad y sus causas.

Las causas de incapacidad vienen definidas en el artículo 200 como «las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma».

SIGNIFICADO Y REQUISITOS DEL INTERNAMIENTO

El precepto específico en materia de internamiento es el artículo 211 del Código Civil, si bien, como señala J.E. Peces y Morate (*Problemática del internamiento judicial de enfermos psiquiátricos*. «Actualidad Civil». 1986.2), «la íntima relación existente entre la presunción de incapacidad, el internamiento, la incapacidad, la tutela o curatela y la guarda de hecho, impiden una interpretación asistemática del mismo».

El artículo 211 del Código Civil dice: «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, 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 de internamiento».

Como señala Lete del Río, internamiento equivale a encierro o reclusión de una persona en un lugar, en el interior de un espacio. Esta elemental aproximación gramatical permite deshacer cualquier equívoco al respecto: el internamiento es, en primer término, una medida privativa de libertad. Si bien el precepto legal nada dice respecto al lugar o sitio del encierro o internamiento, la referencia al sujeto del mismo (el presunto incapaz) y la conexión existente entre el artículo 211 y el 200 del Código Civil, antes aludido, permiten concluir que el internamiento sólo puede venir referido a cualquier centro o institución en el que se lleve a efecto el tratamiento, recuperación o rehabilitación de quien sufre una enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico que le impide el autogobierno personal, es decir, clínicas, hospitales o centros psiquiátricos, así como centros o establecimientos dedicados al tratamiento, educación o rehabilitación de enfermos o deficientes físicos o psíquicos, en todo caso homologados por las autoridades sanitarias.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su sentencia de 28 de mayo de 1985 (caso Ashingdane), dice que: «en principio, la detención de una per-

sona como enfermo mental no será regular, según el apartado e) del párrafo 1, más que si se desarrolla en un hospital, una clínica u otro establecimiento apropiado para el enfermo». (El precepto aludido es el artículo 5-1* del Convenio Europeo de Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950, que determina: «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: «Si se trata del internamiento, conforme a Derecho... de un enajenado»).

El mismo Tribunal ha especificado las condiciones mínimas para que la «detención de un enajenado» sea acorde al Convenio Europeo, concretamente en las sentencias relativas al caso Winterwerp, al caso Luberti y al caso Ashingdane, condiciones que, siguiendo a Jacobo López Barja («El internamiento de enajenados». *Poder Judicial*, núm. 4. Diciembre 1986), pueden enumerarse del siguiente modo:

- A) «Salvo en caso de urgencia, debe haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haber demostrado ante la autoridad competente por medio de un dictamen pericial médico objetivo la existencia de un trastorno mental real.»
- B) El trastorno mental «debe revestir un carácter o una magnitud que legitime el internamiento».
- C) El internamiento «no puede prolongarse válidamente sin que persista dicho trastorno».

En este punto debemos subrayar la idea de que el internamiento tiene que responder necesariamente a una exigencia terapéutica específica, según las concretas circunstancias del caso, debiendo conceptuarse como una medida excepcional, no susceptible de alternativa, y adoptada siempre en beneficio del internado.

No se puede obviar la peligrosidad que en determinadas fases de su dolencia puede representar el enfermo mental y a este respecto señala Bercovitz («La protección jurídica de la persona en relación con el internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud». *Anuario de Derecho Civil*. Año 1984), «cabe pensar que cuando se trata de protección de incapaces o presuntos incapaces como es el caso el artículo 211 del Código Civil, de acuerdo con su colocación sistemática en la regulación que el Código dedica a la incapacidad, no procede tener en cuenta la peligrosidad de un sujeto, puesto que ésta no atiende a su protección, sino a la de los demás. Pero no hay que dudar que la incapacidad se produce cuando una persona es incapaz para gobernarse por sí misma y semejante situación debe valorarse en términos sociales. Socialmente una persona peligrosa como consecuencia de una enfermedad, incluida la mental, es una persona que no puede gobernarse por sí misma (en el sentido del artículo 200 del Código Civil). Esta persona podrá y deberá ser protegida mediante incapacidad y tutela adecuadas a su situación. Esta persona podrá ser internada también sin contar con su voluntad de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil.

Comparto el anterior razonamiento con una pun-

tualización, la peligrosidad del enfermo mental no puede considerarse en abstracto como factor determinante del internamiento que en cualquier caso ha de venir motivado por su exigencia terapéutica, y si bien ambos factores suelen compaginarse en la práctica, en la medida en la que en algún supuesto pueda no ocurrir así, ha necesariamente de prevalecer la indicación terapéutica. Es precisamente esta indicación terapéutica la que ha de determinar la naturaleza concreta del centro donde ha de materializarse el internamiento dentro de los ya descritos, huyendo de la utilización de los hospitales psiquiátricos como centros meramente asistenciales, cumpliendo así una función encomendada a otros servicios sociales.

En definitiva, la única peligrosidad a tener en cuenta a la hora de acordar el internamiento de un enfermo mental es la que puede representar para sí mismo y, aun ésta, cuando terapéuticamente sea necesaria la hospitalización, pues no cabe olvidar que el internamiento en centro psiquiátrico se configura como medida a adoptar, en todo caso, en beneficio del enfermo y nunca como instrumento de aislamiento social, sin que puedan atribuirse a aquél, fuera de la tan reiterada indicación terapéutica, finalidades de prevención o respuesta a problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud mental, propias de otros servicios sanitarios o sociales.

SUJETOS DEL INTERNAMIENTO SEGUN EL CODIGO CIVIL

Los sujetos del internamiento son los presuntos incapaces y los ya incapacitados. La referencia obligada es siempre el artículo 200 del Código Civil. Doctrinalmente se plantea la cuestión de si cabe el internamiento de quien no reúne todos los requisitos establecidos en el artículo 200, por ejemplo, quien sufre un trastorno no persistente o que no le impida gobernarse por sí mismo.

Cerrar la posibilidad del internamiento «regular» a personas no incluíbles, rigurosamente, en el supuesto de hecho del artículo 200 del Código Civil, generaría efectos contraproducentes, si bien, con la generalidad de la doctrina, entiendo que se trataría de casos excepcionales, es decir, que el internamiento debe tener como referente subjetivo al «enfermo» que reúna los rasgos definidos en el artículo 200 tantas veces citado.

TIPOS DE INTERNAMIENTO

Podemos distinguir:

A) *Internamientos voluntarios*.—Son aquellos en los que la misma persona ha prestado su consentimiento expresamente. Se plantean problemas respecto a la relevancia del consentimiento prestado por aquel a quien se presume incapaz sin haber sido declarado tal.

Entiendo que ha de ser el facultativo o especialista que prescribe el internamiento o, en su caso, el centro donde éste se lleve a efecto, quienes han de

valorar si el consentimiento prestado tiene el efecto legitimador del internamiento, si bien, en caso de duda, debe optarse por la garantía de la autorización judicial, y, en todo caso, una vez que cese la voluntariedad.

Igualmente suscita problemas el consentimiento en el supuesto de menores e incapacitados. En cuanto a estos últimos como ya he adelantado, entiendo que en todo caso son aplicables las garantías del artículo 211 del Código Civil, y en éste sentido se pronunció el Tribunal Supremo en su sentencia de 10 de febrero de 1986.

Respecto a los menores sometidos a patria potestad, el Código Civil no ofrece una solución clara, sin que aparezca especialmente prevista la necesidad de consentimiento judicial alguno en el supuesto de un internamiento en centro psiquiátrico; siendo de aplicación con carácter general los artículos 154 y 162. Si bien es lógico que la patria potestad esté sometida a controles menos rigurosos que la tutela, no lo es que no exista limitación para el internamiento de un menor, en la medida en que ello conlleva una privación de libertad, en ocasiones prolongada y, en consecuencia, afecta a un derecho inherente a la persona. Resultando, cuando menos desproporcionado, que, sin embargo, para actos de disposición patrimonial, se requiera autorización judicial. Este razonamiento sucintamente expuesto me permite concluir que en la medida que el internamiento afecte a un derecho fundamental del menor, sometido a patria potestad, el régimen aplicable ha de ser similar al del incapacitado sometido a tutela; siendo aplicable, en consecuencia, el artículo 211 del Código Civil.

B) *Internamientos involuntarios*.—Son aquellos que se producen sin o contra la voluntad de la persona interesada.

Dentro de ellos, cabe distinguir:

1. *Internamientos involuntarios ordinarios*.—Como regla general todo internamiento involuntario requiere previa autorización judicial. La legitimación para solicitar el mismo viene atribuida por ley a los parientes (cónyuge o descendientes, y, en su defecto, ascendientes o hermanos del presunto incapaz), al tutor, al curador y al Ministerio Fiscal.

Una vez formulada la petición, el juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo, autorizará o denegará el internamiento, y pondrá los hechos en conocimiento del ministerio fiscal.

Respecto al facultativo cuya audiencia prevé el texto legal, ha suscitado discusión si ha de ser el médico forense o, por el contrario, ha de ser un especialista, al carecer, en ocasiones, aquéllos de profundos conocimientos en materia psiquiátrica. Entiendo más aconsejable esta última opción, precisamente porque conduciría, por regla general, a un dictamen de mayor cualificación, sin que exista inconveniente en que sea incluso un facultativo del centro donde ha de materializarse el internamiento, o se trate de los equipos multiprofesionales previstos en la Ley 13/82, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos; en este sentido se pronuncia el Informe del Gabinete Técnico del CGP Judicial del 13 de febrero de 1984. En última instancia, la designación del facultativo corresponde al Juez, que habrá

de efectuarla valorando las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

2. *Internamientos involuntarios urgentes.*— Constituyen la excepción a la regla general de control o autorización judicial previa, y vienen justificados por el carácter urgente de la medida. Los supuestos de urgente necesidad se valoran exclusivamente con criterios médicos o terapéutico-sanitarios (nunca por criterios de peligrosidad, que no sean los que atañen al propio interesado), bajo la responsabilidad exclusiva del órgano competente del establecimiento. El artículo 211 obliga a los facultativos del centro, a través de la dirección, a poner en conocimiento del juez la medida adoptada de forma inmediata y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. Nada dice el Código de la sanción por incumplimiento de la obligación de dar cuenta, si bien no cabe duda que estaremos ante un internamiento ilegal, encuadrable dentro del ámbito de aplicación del procedimiento de «Habeas Corpus», regulado por LO 6/84 y susceptible de generar responsabilidades criminales por posible detención ilegal.

Una vez recibida la comunicación de ingreso por el Juez, éste habrá de actuar en la forma descrita para lo que hemos denominado «internamientos involuntarios ordinarios».

Se discute el plazo que el juez tiene para el control, a posteriori, de la procedencia del internamiento. Entre otros, García Zarandieta, así como el Informe del Comité de Estudio y recomendaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental, consideran que el mismo es de setenta y dos horas como máximo, sobre la base de lo dispuesto en el artículo 17-2 de la Constitución, cuestión ésta no pacífica en la doctrina y que ciertamente plantea problemas prácticos de ejecución, siendo en cualquier caso exigible que el pronunciamiento judicial sobre la continuidad o no del internamiento se efectúe a la máxima urgencia. En este sentido señala el Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial de 13 de febrero de 1984 que «lo contrario desvirtuaría la finalidad de la norma e institucionalmente por vía de las razones de urgencia, el fraude de ley».

Al hablar de la legitimación para instar el internamiento he omitido intencionadamente la posibilidad de actuación judicial de oficio, con objeto de dispensar a la cuestión un tratamiento diferenciado, por producirse esta última siempre en situaciones límites de riesgo o urgencia y participar, según los casos, de las características de los dos tipos de internamientos involuntarios expuestos.

El artículo 209 del Código Civil obliga al Juez a adoptar en cualquier momento las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz, y, en consecuencia, si el mismo tiene noticia por cualquier vía de un enfermo que precisa asistencia psiquiátrica urgente, no sólo tiene la facultad, sino incluso la obligación de instar de oficio su hospitalización, autorizando el internamiento, previo examen del incapaz e informe de un facultativo, y aún posponiendo tales actuaciones si la

urgencia o la negativa de aquél a ser reconocido se lo impidieren, cursando las órdenes oportunas a los servicios asistenciales e incluso policiales, si fuera preciso, para efectuar el traslado. Si para ejecutarlo se precisare entrar en un domicilio frente a la negativa de su titular, mediante resolución motivada autorizará la entrada y traslado del enfermo al centro correspondiente, por exigirlo así el artículo 18.2 de la Constitución y la doctrina sentada, en interpretación del mismo, por el Tribunal Constitucional en sentencia 22/84 de 17 de febrero, al resolver el recurso de amparo 59/83.

Si al hablar hasta ahora del Juez ha sido en referencia al Juez civil (Juez de primera instancia), a quien viene atribuida la competencia objetiva por la incardinación de la materia en el Código Civil y la remisión de la Disposición Adicional de la Ley 13/83 a la L.E. Civil, no se puede considerar al Juez penal ajeno a la problemática. El conocimiento por parte del Juez de guardia, fuera del horario de funcionamiento del Juzgado de Primera Instancia, de un enfermo necesitado de urgente hospitalización psiquiátrica, le obliga a adoptar las medidas de protección oportunas, entre las que se encuentra autorizar su traslado a un centro adecuado, cursando las órdenes necesarias para que éste se materialice, a efectos de que en dicho establecimiento sea examinado por un especialista que, de considerarlo procedente, efectuará el ingreso, conforme al artículo 211, y lo pondrá en conocimiento del Juez civil en el plazo de veinticuatro horas. Adoptadas tales medidas urgentes, habrá de poner los hechos en conocimiento del Fiscal (art. 204 del Código Civil).

Se ha hecho referencia a diversos supuestos de intervención de las Fuerzas de Seguridad en el traslado de enfermos al centro psiquiátrico adecuado, en virtud de orden judicial recibida al efecto. Sin embargo, las situaciones urgentes de riesgo que es susceptible de provocar un enfermo mental, en ocasiones requieren actuación tan inmediata que impide incluso la intervención a priori de un facultativo o del juez. En tales supuestos habrán de intervenir las fuerzas policiales procediendo al traslado del enfermo al centro adecuado, para su reconocimiento y, en su caso, hospitalización, aunque para ello sea necesaria la entrada en su domicilio, si bien esta posibilidad, sin previa autorización judicial, ha de ser restrictivamente admitida, y, en consecuencia, exclusivamente reservada a los supuestos de estado de necesidad operante como causa de justificación.

La obligada actuación policial en las descritas situaciones se deduce de la propia Ley Orgánica 2/86, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, cuyo artículo 11.1.b) contempla entre sus funciones «auxiliar y proteger a las personas...», y el artículo 5.2.c) al establecer los principios básicos de actuación de sus miembros dispone: «En el ejercicio de sus funciones deberán actuar con la decisión necesaria y sin demora cuando de ello dependa evitar un daño grave, inmediato e irreparable...». No se puede olvidar que tal y como recoge la exposición de motivos de la citada ley, las «líneas marcadas por el Consejo de Europa, en su Declaración sobre la Policía y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la Ley se establecen

los principios básicos de actuación como un auténtico Código Deontológico, que vincula a los miembros de todos los colectivos policiales, imponiendo el respeto de la Constitución, el servicio permanente a la comunidad...».

CONTINUIDAD Y FIN DEL INTERNAMIENTO

Esta cuestión es regulada por el párrafo último del tantas veces citado artículo 211 del Código Civil, del siguiente tenor literal: «Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 260.4, 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 se acordara lo procedente sobre la continuidad o no del internamiento.»

El párrafo citado concuerda con la jurisprudencia del Tribunal Europeo en materia de internamiento de enajenados. Concretamente, en el caso Luberti, el Tribunal entiende «que debe haber siempre un control posterior, ejercitado en intervalos razonables, pues los motivos que justificaban en su origen el internamiento pueden desaparecer en otro momento posterior».

Rodrigo Bercovitz dice que el Código Civil deja abierta una interrogante en torno a saber si únicamente el Juez puede autorizar la salida, y si es así, quién está legitimado en cada caso para ello. El precitado autor, invocando razones de seguridad jurídica, se inclina por la oportunidad de que sea el Juez quien siempre decida sobre la salida o continuación del internamiento mediante el mismo procedimiento previsto en el artículo 211, actuando de oficio o a instancia de alguna de las personas legitimadas con arreglo a lo previsto en el 213, incluido el facultativo responsable del tratamiento, opinión compartida por Saura Martínez y Lete del Río. En contra, García Zandrieta estima que la decisión sobre el fin del internamiento debe producirse tan pronto cese la causa que motivó el ingreso —cuya causa es una indicación terapéutico-sanitaria, y que es el centro psiquiátrico quien debe conceder el alta tan pronto desaparezca la justificación terapéutica del internamiento, extremo que deberá comunicar al Juez autorizante para que cese en su deber de control.

Comparto íntegramente la opinión de este último autor, al ser la indicación terapéutica la que en todo

caso ha de determinar el internamiento en un centro psiquiátrico en los supuestos previstos en el artículo 211; la necesidad del mismo, así como de su continuación, es competencia exclusiva o excluyente del médico o psiquiatra o del facultativo especialista. De ahí que la resolución judicial legitimadora de tal internamiento revista el carácter de autorización y no de orden, no siendo admisible que una decisión del juez imponga un internamiento clínicamente contraindicado. Todo ello sin perjuicio de la posible negligencia médica o de la omisión del deber de socorro si ulteriormente se acreditara que el internamiento —contra el parecer del médico— fuera el único tratamiento posible. Por otra parte, es evidente la obligación del médico de comunicar el alta médica al órgano competente, cuando ésta se produzca.

Dispone el tantas veces citado artículo 211 que mientras no se produzca el alta, el juez cuenta con la facultad discrecional de recabar información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del mismo. No es pacífica la doctrina respecto a si este control semestral exige nuevo reconocimiento judicial del internado. Bercovitz entiende que ello es necesario por la remisión que el texto legal hace, en cuanto a la forma de materializar el control, al procedimiento de autorización, en el que es preceptivo el reconocimiento judicial. Por el contrario, el informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial, sobre esta materia, afirma que tal reconocimiento, en el caso del control semestral, nunca puede entenderse preceptivo. En mi opinión, es aconsejable el reconocimiento judicial, y ello en garantía del propio enfermo; no obstante, no cabe olvidar que el volumen de trabajo que pesa sobre los órganos judiciales en muchos casos determina la absoluta imposibilidad de realizarlo.

Para finalizar, es de interés traer a colación una idea que recoge el Tribunal Europeo en la sentencia de 24 de octubre de 1979 (caso Winterwerp), relativa al concepto de «enajenado». El Tribunal señala que: «El término enajenado no facilita una interpretación definitiva...», «... su sentido evoluciona continuamente con los progresos de la investigación psiquiátrica, la flexibilidad creciente del tratamiento y los cambios de actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, especialmente a medida que aumenta la comprensión de los problemas de estos pacientes».