

# Conclusiones generales y recomendaciones del informe sobre asistencia psiquiátrica de la oficina del Defensor del Pueblo

## CONCLUSIONES

*En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil*

*Primera.* Lo escueto de la regulación contenida en el artículo 211 del Código Civil, da lugar a la existencia de importantes lagunas que están generando en la práctica un cierto margen de inseguridad jurídica cuya trascendencia se encuentra en directa proporción con el ámbito en el que se produce: el del derecho fundamental a la libertad personal. Así, tanto la administración sanitaria como jueces y fiscales, aplican criterios contradictorios y de muy distinto alcance.

*Segunda.* En materia de traslados de los enfermos psíquicos, cuyo ingreso ha sido judicialmente autorizado, existen disfunciones en la práctica derivadas fundamentalmente de dos factores. De un lado, de la carencia o insuficiencia de ambulancias y de personal sanitario especializado, y de otro, de la falta de clasificación en orden a la titularidad de esta competencia entre la administración sanitaria y las Fuerzas de Seguridad.

*Tercera.* De las visitas realizadas se aprecia una cierta inactividad del Ministerio Fiscal —a pesar de las instrucciones dadas al efecto por la Fiscalía General del Estado en orden a promover la incapacitación, cuando ésta sea realmente procedente.

*Cuarta.* Ha podido también constatar una carencia de previsiones organizativas en la administración sanitaria o asistencial en orden a facilitar el ejercicio de la función tutelar o de defensor judicial de los enfermos mentales incapacitados o en curso de incapacitación que carecen de pacientes que puedan ser nombrados tutores o defensores judiciales.

*Quinta.* En algunos de los centros visitados ha podido constatar que el control judicial y del Ministerio Fiscal que nuestra legislación exige sobre la situación de internamiento no se realiza con la eficacia debida, omitiéndose también por parte de los responsables de los centros, la remisión de una información periódica al juzgado competente sobre la evolución clínica de los pacientes ingresados.

*Sexta.* En relación con los ingresos involuntarios urgentes en muchos casos el control judicial para su aprobación no se efectúa cumpliendo los requisitos que la ley prevé. Por otra parte, las comunicaciones que los centros remiten a los juzgados competentes informando de este tipo de ingreso, suelen ser, como regla general, excesivamente escuetas.

*Séptima.* Existen todavía centros que no han emprendido la revisión de los internamientos anteriores a la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en colaboración con los jueces y el Ministerio Fiscal.

*En relación con los internamientos realizados al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria*

*Primera.* La todavía inadecuada regulación en nuestro Código Penal de la eximente completa de enajenación mental, está determinado, en la práctica diaria de nuestros tribunales, que se impongan medidas de internamiento de duración ilimitada, aplicadas incluso a delitos de escasa entidad en cuanto a la pena, que no suelen ser revisadas judicialmente para imponer, en su caso, las medidas alternativas que la actual redacción del Código Penal prevé.

*Segunda.* La Ley de Enjuiciamiento Criminal no aborda la enfermedad mental durante la fase de instrucción con todos los matices que ésta peculiar situación requiere. Ello está determinando que, en la práctica, puedan producirse aplicaciones espúreas de la medida cautelar de prisión provisional; o bien que los jueces adopten medidas cautelares de internamiento del encausado en centros psiquiátricos, carentes de cobertura legal alguna y, en consecuencia, sin garantías de ningún tipo en orden a las causas por las que el internamiento se decreta y a su duración.

*Tercera.* La defectuosa regulación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal está determinando que los órganos jurisdiccionales, con frecuencia, impongan al encausado exento de responsabilidad por enajenación mental, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal mediante auto de sobreseimiento libre, sin audiencia ni contradicción previa alguna.

*Cuarta.* En no pocos de los casos observados durante las visitas, los enfermos ingresados en centros psiquiátricos en aplicación del artículo 8.1 del Código Penal, se encuentran sin haber sido declarados incapaces por el correspondiente juez civil.

*Quinta.* La regulación de la enfermedad mental que surja durante la fase de cumplimiento de la pena, se encuentra también deficientemente regulada tanto en el Código Penal como en el Reglamento Penitenciario, resultando este último, además, de difícil acomodo a las previsiones contenidas sobre la misma materia en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

*En cuanto a la documentación de los enfermos mentales*

*Primera.* Ha podido apreciarse la frecuencia con que los enfermos psíquicos internados en centros psiquiátricos carecen de la correspondiente inscripción registral de nacimiento, así como de D.N.I.

*En cuanto al derecho de sufragio de los enfermos mentales*

*Primera:* Ha podido constatar la inadecuación a la juris-

prudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos del artículo 3 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General, en virtud de la cual privarse del derecho de sufragio mediante el procedimiento previsto para el internamiento psiquiátrico en el artículo 211 del Código Civil.

#### *Sobre la situación de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica*

*Primera.* Tan solo cuatro Comunidades Autónomas cuentan con normas en las que se contempla, de un modo global, armónico e integral, el marco de la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica. El resto de las Comunidades cuentan únicamente con disposiciones que regulan aspectos parciales, han suscrito algún convenio de cooperación o, simplemente, carecen de normativa específica en el campo de la salud mental.

*Segunda.* Por el contrario, la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de un plan de salud mental, si bien no aprobado formalmente por una norma jurídica, o de un documento equivalente. Más en concreto ocho Comunidades cuentan con el citado plan, mientras que en otras tres existen documentos que, sin llegar a ser formalmente un plan, tienen las características necesarias para poder ser considerados como sustitutos de aquél. En las seis Comunidades restantes no existe ningún tipo de instrumento de planificación.

*Tercera.* En la organización de los servicios de atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica se viene aplicando el principio de delimitación territorial como base para la ordenación funcional de los recursos, acomodándose así la actuación de las Comunidades Autónomas a lo que al respecto propugnaba el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. No obstante, la plasmación de este criterio en el ámbito normativo y su aplicación práctica es variable según las Comunidades.

En cuanto al criterio aplicado para efectuar la distribución de los recursos, se acude en la mayoría de los casos a la ordenación territorial establecida con carácter general en el campo sanitario, si bien algunas Comunidades han implantado, sobre esta fase, una sectorización específica en el campo de la salud mental.

*Cuarta.* La situación relativa al logro de la integración funcional de los recursos dedicados a la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica es diversa según las Comunidades Autónomas y no se corresponde exactamente con la mayor o menor complejidad que para cada una de ellas se deriva de la combinación de los distintos factores condicionantes: carácter uniprovincial o pluriprovincial y asunción o no de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

De este modo, existen Comunidades que han logrado la integración funcional de los recursos, acudiendo para ello, en caso necesario, a la coordinación de las distintas administraciones afectadas (Instituto Nacional de la Salud, Comunidad Autónoma, Diputaciones Provinciales) mediante la suscripción de los oportunos convenios, mientras que en otras Comunidades el objetivo se ha logrado tan sólo parcialmen-

te, existiendo asimismo otros casos en los que es notoria la ausencia de instrumentos de coordinación, de modo que no hay una conexión institucionalizada entre las distintas administraciones.

*Quinta.* La misma situación de variedad que se viene citando, vuelve a darse respecto de la atención ambulatoria, en la que, dejando aparte la actuación de los equipos básicos de salud, pueden encontrarse modelos diversos según las Comunidades Autónomas, en función del modo de asegurar el principio de continuidad terapéutica, existiendo incluso, en algunas Comunidades Autónomas, fórmulas diferentes según las provincias que integran las mismas.

Desde el punto de vista cuantitativo, se observa un notable avance en la implantación de los dispositivos de atención extrahospitalaria de segundo nivel, es decir, centros y equipos de salud mental, si se tiene en cuenta la situación de partida consistente en la casi total inexistencia de estos dispositivos. No obstante la situación es diversa según las Comunidades Autónomas en cuanto al grado de desarrollo de estos recursos, existiendo casos en los que las previsiones se han cumplido en su totalidad, mientras que en otros la implantación de estos equipos es mucho menor, aparte de darse fuertes desequilibrios territoriales en su distribución.

De otra parte, la persistencia de neuropsiquiatras de cupo constituye un elemento que distorsiona el modelo de atención.

Por último se han comenzado a implantar programas de atención a la salud mental infantil y juvenil, cuya ejecución se lleva a cabo a través de diversos modelos organizativos, siendo necesario que por las distintas Comunidades Autónomas se acentue la atención a este colectivo sobre el que era notoria la falta de recursos suficientes antes de iniciarse el proceso de reforma psiquiátrica.

*Sexta.* La valoración del grado de implantación de las unidades de psiquiatría en hospitales generales permite constatar, una vez más, la diversidad de la situación según las Comunidades Autónomas.

De este modo, algunas Comunidades Autónomas disponen ya de un significativo número de unidades en hospitales generales, mientras que en otras el peso de este tipo de asistencia recae fundamentalmente en las unidades de corta estancia de los hospitales psiquiátricos.

*Séptima.* En la mayoría de las Comunidades Autónomas se encuentran en ejecución programas de transformación y, en su caso, de superación, de los hospitales psiquiátricos, si bien presentan distinta configuración y alcance, encontrándose asimismo en un diferente grado de desarrollo. La consecuencia de todo ello es el acusado descenso del número de hospitales psiquiátricos y del número de camas en estas estructuras específicas. Pese a ello, la situación no ha variado sustancialmente en algunas Comunidades Autónomas, de modo que en ellas el centro hospitalario dedicado exclusivamente a la asistencia psiquiátrica sigue constituyendo el eje de la atención a la salud mental.

Independientemente de estos programas de transformación de los hospitales psiquiátricos, existe una notable variación en la dotación de camas de corta y de larga estancia entre las diferentes Comunidades Autónomas.

*Octava.* El desarrollo de la reforma psiquiátrica se ve con-

dicionado por la carencia en unos casos, o insuficiencia en otros, de dispositivos intermedios, lo que, aparte de distorsionar y frenar el proceso reformativo, provoca limitaciones en el funcionamiento del resto de los dispositivos de la atención a la salud mental. Debe significarse, de otro lado, que en la mayoría de los casos ni siquiera se ha podido establecer detalladamente la necesidad de estas estructuras dentro de la planificación de recursos, de modo que su dotación depende, en gran medida, de criterios de oportunidad o de índole financiera.

De otra parte, la escasa disponibilidad de estructuras de carácter social condiciona los planes de desinstitucionalización de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos.

#### *Sobre las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitadas*

*Primera.* Con tres excepciones, la capacidad de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales visitadas se acomoda al criterio contenido para la Reforma Psiquiátrica.

*Segunda.* La ubicación de las unidades de psiquiatría dentro del hospital está, en muchos casos, condicionada por la escasa disponibilidad de espacio, en especial si no se trata de una obra de nueva planta. Este condicionamiento impide, en ocasiones, la idoneidad de la ubicación de la unidad.

*Tercera.* Con una excepción, las unidades visitadas presentan un adecuado estado de conservación.

*Cuarta.* Salvo algunas cuestiones de detalle, el alojamiento de los enfermos en estas unidades se realiza en condiciones adecuadas. No obstante, en algunos casos, la capacidad de las habitaciones queda desbordada, existiendo camas en los pasillos, o en dependencias no destinadas teóricamente al alojamiento, o instalándose una cama más en las habitaciones.

*Quinta.* La dotación de equipamiento de las unidades está limitada por la falta de espacio antes reseñada, condicionando las actividades terapéuticas y de ocupación del ocio.

*Sexta.* Se observa una falta de homogeneidad en cuanto a los índices personal/cama en las unidades visitadas.

*Séptima.* Se constata la elevada presión sobre la actividad asistencial desarrollada por esas unidades, que en algunas de ellas se traduce en un porcentaje de utilización superior al 100 por 100, con las consecuencias antes descritas en cuanto a la habilitación de camas en el pasillo, en otras dependencias, o en las habitaciones, así como respecto del funcionamiento del servicio.

*Octava.* Se observa una considerable variación en la estancia media de los pacientes internados en estas unidades, existiendo algún caso en el que se ha detectado la permanencia en ellas de enfermos durante un elevado número de meses e, incluso, de años. En los casos de alta estancia media influye, entre otros factores, la supresión de los ingresos en los hospitales psiquiátricos, así como la inexistencia de estructuras intermedias, que impiden la derivación de los enfermos hacia otros dispositivos, alargando el tiempo de estancia en el hospital.

*Novena.* Se observa asimismo que existe, en ocasiones,

una falta de coordinación entre los distintos dispositivos de atención a la salud mental, que se manifiesta en que un elevado número de enfermos ingresados en estas unidades acuda directamente a demandar la asistencia, sin que haya la necesaria interrelación con el primer nivel de la asistencia especializada.

#### *Sobre los hospitales psiquiátricos visitados*

*Primera.* Una proporción apreciable de los hospitales psiquiátricos se ubica en lugares aislados, lo que no facilita la integración y el contacto de estos enfermos con el entorno, si bien esta circunstancia se ve paliada por la disposición, en la práctica totalidad de los casos, de medios de transporte que los enlazan con las poblaciones más próximas.

*Segunda.* Es muy frecuente la existencia de hospitales sobredimensionados en relación con la población internada, lo que se deriva no solo del proceso de desinstitucionalización de pacientes, sino incluso por haber sido diseñados inicialmente en función de una determinada capacidad que nunca llegó a ser cubierta totalmente.

*Tercera.* Entre las características de la población internada en los hospitales psiquiátricos destaca el elevado promedio de la edad, cuya consecuencia es la creciente necesidad de asistencia en el aspecto somático.

*Cuarta.* Un significativo porcentaje de los enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos lleva internado un largo tiempo, lo que manifiesta, entre otras cuestiones, la función de custodia y asilo, y no terapéutica, que tradicionalmente han venido desempeñando estos hospitales.

*Quinta.* Es así mismo significativo el porcentaje de pacientes no propiamente psiquiátricos que están internados en los hospitales de esta naturaleza y cuya atención debería llevarse a cabo a través de otras estructuras, destacando, en este sentido, las personas con oligofrenia, que representan entre una quinta y una cuarta parte de los enfermos internados. Esta circunstancia pone de manifiesto una vez más la función de custodia y asilo de estos establecimientos.

*Sexta.* Con independencia de lo anterior, existe en los hospitales psiquiátricos un apreciable número de pacientes acreedores de asistencia distinta de la prestada en dichos hospitales, si bien las alternativas para la atención se ven mediatizadas por la insuficiente dotación de otros dispositivos.

*Séptima.* Entre los hospitales visitados, hay una gran disparidad en relación al índice personal/usuarios, existiendo un amplio abanico, de modo que la plantilla de algún establecimiento llega a ser cinco veces superior a la de otro, aún cuando la población internada en ambos ofrece un perfil similar.

*Octava.* Llama la atención, la carencia, en algunos establecimientos, de personal especializado en psiquiatría, llegando a existir hospitales psiquiátricos, en los que se atiende a varios centenares de enfermos, y que disponen tan sólo de un psiquiatra o que, incluso, carecen de este especialista en su plantilla.

*Novena.* Los criterios utilizados para la organización funcional de las unidades asistenciales son diversos, valorándose en unos casos motivos estrictamente clínicos (distribución

por diagnósticos), y en otros supuestos, razones de otra índole (posible duración de la estancia; presunta posibilidad de rehabilitación; criterio territorial e incluso, en algunos de ellos, el factor sexual).

*Décima.* Entre las actividades rehabilitadoras que se llevan a cabo en los hospitales destacan las relativas a la labor-terapia y a la terapia ocupacional, que se desarrollan en la mayoría de los establecimientos visitados. Con mayor o menor extensión se realizan actividades deportivas, recreativas y culturales, que en algunos casos forman parte explícita del programa de rehabilitación. No obstante, es preciso significar que las actividades rehabilitadoras se ponen en práctica, en muchos casos, tan sólo con una parte de la población internada y, más en concreto, con aquellos pacientes que presentan posibilidades razonables de reinserción laboral y social, con frecuente olvido de otros enfermos que podrían mejorar aspectos tales como el ajuste social y la autonomía personal.

*Undécima.* Subsisten en varios de los hospitales visitados grandes salas comunes destinadas al alojamiento de los pacientes, que llegan incluso a contener hasta 39 camas, lo que provoca la absoluta falta de intimidad.

*Duodécima.* Junto a esta circunstancia, es preciso señalar que, en general, el alojamiento de los enfermos agudos se realiza en dependencias que reúnen mejores condiciones que las utilizadas por los enfermos crónicos, cuando la estancia de los primeros se extiende tan sólo por unos días o semanas, mientras que los segundos permanecen en el hospital incluso durante varios decenios.

*Decimotercera.* Las condiciones de habitabilidad son variables, dándose casos de hospitales donde estas condiciones son perfectamente adecuadas, mientras que en algunos hospitales se observan grandes deficiencias, tales como habitaciones sin ventilación exterior y utilización como alojamiento de antiguos cuartos de aislamiento que no reúnen las mínimas condiciones exigibles (exiguas dimensiones, ausencia de mobiliario, falta de luz artificial, deficiente conservación e, incluso, ausencia de cristales en las ventanas).

*Decimocuarta.* Como regla general, existe intervención médica en la determinación y supervisión de la alimentación, hallándose, de otra parte, las dependencias destinadas a este servicio en correctas condiciones. El almacenamiento de los alimentos se efectúa generalmente en condiciones adecuadas, si bien en uno de los establecimientos no existía la necesaria separación entre los alimentos y los productos tóxicos, que se almacenaban conjuntamente, con el riesgo consiguiente.

*Decimoquinta.* El desarrollo predominante horizontal de las edificaciones donde se ubican los hospitales visitados significa una importante atenuación del riesgo en casos de incendio y otras emergencias, pero aún así se observan carencias, como es, incluso, la inexistencia de extintores en algunos hospitales o en algunos pabellones dentro de ellos.

*Decimosexta.* Pese a la existencia de una jurisprudencia constante que establece el derecho a los beneficiarios de la Seguridad Social a la cobertura, por parte de la misma, de los gastos de internamiento en hospitales psiquiátricos, aquellos han de continuar sufragando los costes originados por tal concepto, aún cuando el tratamiento haya sido determi-

nado por los propios especialistas de la Seguridad Social. Esta circunstancia, de otra parte, ha originado, en algunas Comunidades Autónomas o en algunas provincias, discrepancias entre la Entidad Gestora competente y las Consejerías o Diputaciones Provinciales correspondientes, lo que, en ocasiones, tiene una directa influencia negativa en la asistencia prestada, al haber determinado la suspensión de los ingresos en algunos hospitales.

## RECOMENDACIONES

### *De carácter general*

En cuanto a los internamientos efectuados al amparo de la legislación civil

*Primera.* Que se introduzca la imprescindible reforma legislativa en virtud de la cual, con la prudencia reclamada a lo largo de este estudio, se de regulación expresa a las siguientes cuestiones:

—Garantías que deben rodear a los internamientos voluntarios.

—Legitimación para solicitar el internamiento.

—Garantías que deben rodear el internamiento de los menores de edad y de los ya incapacitados.

—Eficacia de la resolución judicial sobre el alta médica del enfermo internado.

—Persona concreta obligada a comunicar al juez el internamiento involuntario de carácter urgente.

—Establecimiento de un plazo máximo, que deberá ser breve, en el que el juez debe dictar la resolución aprobatoria o no sobre el internamiento involuntario de carácter urgente.

—Establecimiento de mecanismos de control sobre algunos tratamientos médicos psiquiátricos especialmente agresivos.

—Determinación expresa de la competencia territorial del juez que en cada caso debe autorizar o aprobar el internamiento o controlar su permanencia.

*Segunda.* Que se generalice la concentración en un sólo juez de las cuestiones relativas a los internamientos psiquiátricos e incapacitaciones de los enfermos mentales, en las grandes capitales y en las localidades en que existan varios jueces. Sería igualmente conveniente que existiera un fiscal en cada provincial que asumiera las competencias en esta materia.

*Tercera.* Que los jueces remitan en todos los casos a los centros, copia de la resolución por la que se autoriza el internamiento.

*Cuarta.* Que se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, jueces, fiscales y Fuerzas de Seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados de enfermos psíquicos, pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria.

*Quinta.* Que por el Ministerio Fiscal se extreme el celo en orden a promover la incapacitación de los enfermos internados, cuando ésta fuera realmente procedente.

*Sexta.* Que por la administración sanitaria o asistencial se adopten las previsiones organizativas necesarias para faci-

tar el nombramiento de tutor o defensor judicial de los incapacitados que carezcan de parientes, así como para el adecuado ejercicio de ambas funciones.

*Séptima.* En cuanto al contro periódico judicial y del Ministerio Fiscal sobre la situación de internamiento que nuestra legislación exige, sería necesario que se generalizaran las visitas periódicas a los centros donde aún no se hace por parte de los jueces y del Ministerio Fiscal; así como que en las resoluciones judiciales por las que se acuerda el internamiento, se exija de los responsables de los centros, información periódica sobre la evolución del tratamiento; y por último, que los responsables de los centros, remitan también con carácter periódico esta información al juzgado.

*Octava.* En cuanto a los ingresos involuntarios urgentes, sería conveniente que por los jueces se visitara el centro con la finalidad de examinar personalmente al enfermo, solicitar el correspondiente dictamen médico y con posterioridad remitir la correspondiente resolución ampliatoria o denegatoria del informe, que debería ser comunicada al centro. Esta práctica debe desarrollarse tanto en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales como en los centros de larga estancia. Por otra parte, sería también conveniente que las comunicaciones que los centros remiten a los juzgados informando de este tipo de ingresos fueran menos esquemáticas.

*Novena.* Que se generalice la revisión de todos los internamientos psiquiátricos llevados a cabo con anterioridad a la Ley 13/1983, de 23 de octubre, que permanezcan en la actualidad. Revisión que debe realizarse por los centros en colaboración con los jueces y el Ministerio Fiscal.

En cuanto a los internamientos llevados a cabo al amparo de la legislación penal, procesal penal y penitenciaria

*Primera.* Reformar la actual redacción del artículo 8.1 del Código Penal de forma que se limite la posibilidad de adoptar la medida de internamiento exclusivamente a aquellos casos en que el delito estuviera castigado con pena privativa de libertad, y que su duración no pueda exceder de la duración de ésta, debiendo el Tribunal fijar expresamente esta duración en la sentencia.

Que se prevéa expresamente una obligación de remisión periódica de internamiento, en intervalos razonables, por parte del tribunal sentenciador.

*Segunda.* Hasta tanto, esta reforma legislativa se produzca, que los órganos jurisdiccionales y el Ministerio Fiscal, adecuen su actuación a los criterios establecidos por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, y la jurisprudencia del Tribunal Constitucional que impiden los internamientos de duración ilimitada y obligan a revisar periódicamente, en intervalos razonables, las situaciones de internamiento por ellos decretadas, resolviendo siempre motivadamente sobre las peticiones que al respecto se les formulen.

*Tercera.* Reformar la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su tratamiento de la enfermedad mental durante la instrucción de tal forma que:

—Se establezca una limitación temporal a la observación médica prevista en el artículo 381.

—Que se efectúe una remisión expresa a la posible apli-

cación por el juez competente de las previsiones contenidas en el artículo 211 del Código Civil, para el caso que fuera necesario un tratamiento médico en régimen de internamiento del inculcado, cuando no fuera procedente la adopción de la prisión provisional respecto del mismo. Con ello se evitarían posibles aplicaciones espúreas de una medida cautelar tan grave como es la de la prisión preventiva.

—También para evitar posibles aplicaciones inadecuadas de la medida cautelar de prisión provisional sería conveniente que, durante la instrucción, la ley procesal previera, junto a aquella adopción de la medida cautelar de internamiento, en centros psiquiátrico, con las mismas garantías de la prisión preventiva y con los mismos requisitos que ésta.

*Cuarta.* Reformar el artículo 383 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en el sentido de suprimir la posibilidad de que en el auto de archivo, por el que se suspende el proceso cuando se aprecia la enajenación del encausado surgida durante el mismo, se adopten las medidas asegurativas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal.

*Quinta.* Reformar la Ley de Enjuiciamiento Criminal en el sentido de impedir que mediante el auto de sobreseimiento libre previsto en el número 3 del artículo 637, puedan adoptarse las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal y exigiendo también que, en todo caso, cuando se aprecie la posible concurrencia en el encausado de la eximente de enajenación mental, continúe el proceso hasta sentencia.

*Sexta.* Reformar el artículo 82 del Código Penal relativo a la enajenación mental que surge durante el cumplimiento de la pena, en relación con los siguientes extremos:

—Que se permita al tribunal imponer al penado, al que sobreviene la enajenación, las medidas previstas en el artículo 8.1 del Código Penal como alternativas de internamiento.

—Que se contemple la posibilidad de que la enajenación sobrevenida al penado sea de las que hubieran dado lugar a la apreciación de una responsabilidad criminal disminuída.

—Que el tiempo de cumplimiento de la medida de tratamiento impuesta al penado no pueda exceder al de duración de la pena impuesta y que se tenga en cuenta como período de cumplimiento de la pena.

*Séptima.* Reformar los artículos 57 y 143 del Reglamento Penitenciario para adecuarlos a las previsiones contenidas en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos.

*Octava.* Que todas estas reformas normativas se aborden en conjunto para evitar defectos de armonización entre las distintas legislaciones aplicables.

*Novena.* Que hasta tanto todas estas reformas normativas se lleven a cabo, tanto los órganos jurisdiccionales como el Ministerio Fiscal adecúen su actuación a los criterios establecidos por la jurisprudencia criminal y la del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos en la materia.

*Décima.* Que en los procesos penales en que se declare al encausado exento de responsabilidad criminal, una vez que se dicte sentencia firme, por el Ministerio Fiscal se efectúe la correspondiente valoración sobre la conveniencia, en su caso, de iniciar el correspondiente proceso civil de incapacitación del declarado exento de responsabilidad criminal por concurrir la circunstancia de enajenación.

En cuanto a la documentación de los enfermos mentales

*Primera.* Que se produzca una intervención activa del Ministerio Fiscal, en colaboración con los servicios sociales de los centros psiquiátricos, en orden a instar las inscripciones de nacimientos de los enfermos mentales internados en centros psiquiátricos que no estuvieran inscritos en el registros.

*Segunda.* Que en todos los centros de internamiento se realicen las actuaciones oportunas, en colaboración con el Ministerio Interior para proveer de D.N.I. a los enfermos que carezcan de dicho documento.

En relación con el derecho de sufragio de los enfermos mentales

*Primera.* Que se acomode la legislación electoral a las exigencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de forma que no pueda privarse del derecho de sufragio mediante la autorización de internamiento psiquiátrico prevista en el artículo 211 del Código Civil.

Sobre la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica

*Primera.* Aquellas Comunidades Autónomas que carez-

can aún de un marco normativo en el ámbito específico de la atención a la salud mental y de la asistencia y de la asistencia psiquiátrica, habrían de contar con disposiciones que regulasen, en forma global, armónica e integral, la organización y funcionamiento de la red de dispositivos y servicios.

*Segunda.* Las Comunidades Autónomas que no dispongan de un plan de salud mental habrían de dotarse del correspondiente instrumento de planificación, en el que se defina el modelo de atención, se formulen los objetivos a alcanzar y se determinen los programas a desarrollar.

*Tercera.* Para una adecuada prestación de los servicios asistenciales en materia de salud mental, debería conseguirse la integración funcional de los recursos en aquellas Comunidades Autónomas donde la misma no se haya hecho aún efectiva, acudiendo, en caso necesario, a la puesta en práctica de las adecuadas técnicas de coordinación, singularmente a través de la suscripción de los oportunos convenios entre las distintas administraciones con competencia en este ámbito.

*Cuarta.* La indicada coordinación e integración funcional de los recursos exige, entre otras medidas, que por las administraciones implicadas se superen las discrepancias de criterio en torno a la asunción del coste de la asistencia, existentes en algunas Comunidades Autónomas o provincias, de manera que esta situación deje de repercutir, en forma negativa sobre el ejercicio del derecho del enfermo psíquico a acceder a las prestaciones sanitarias establecidas para su atención.