



Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos

*Extracto del 8º Informe General,
publicado en 1998*

A. Observaciones preliminares

25. El CPT es responsable de examinar el trato a todas las categorías de personas privadas de libertad por parte de una autoridad pública, incluyendo las personas con problemas de salud mental.

Los establecimientos visitados incluyen los hospitales psiquiátricos que alojan, además de los pacientes voluntarios, a personas que han sido hospitalizadas de forma involuntaria como consecuencia de procesos civiles para recibir tratamiento psiquiátrico. El CPT además visita las instalaciones (hospitales especiales, unidades determinadas en hospitales civiles, etc.) para personas cuya admisión a los establecimientos psiquiátricos haya sido ordenada en el contexto de un procedimiento penal. Las instalaciones psiquiátricas para presos que desarrollan una enfermedad mental en el curso de su encarcelamiento, ya sea dentro del sistema penitenciario o en las instituciones psiquiátricas civiles, reciben también una atención especial por parte del CPT.

26. Al examinar el tema de los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones en su 3º Informe General (cf. CPT/Inf (93) 12, párrafos del 30 al 77), el CPT estableció un número de criterios generales que han guiado su trabajo (acceso a un médico; igualdad en la asistencia; consentimiento del paciente y confidencialidad; asistencia sanitaria preventiva; independencia profesional y competencia profesional). Estos criterios se aplican también al internamiento involuntario en los establecimientos psiquiátricos.

En los párrafos siguientes se describen algunos de los temas principales en los que se centra el CPT en relación a las personas que son ingresadas involuntariamente en los establecimientos psiquiátricos¹. El CPT espera en este sentido dar una clara indicación por adelantado a las autoridades nacionales de sus puntos de vista con respecto al tratamiento de dichas personas; el Comité acogería de buen grado los comentarios sobre esta sección de su Informe General.

¹ Con respecto a la atención psiquiátrica de los presos, se hará también referencia a los párrafos 41 al 44 del 3º Informe General del Comité.

B. Prevención de los malos tratos

27. En la perspectiva de su mandato, la prioridad esencial del CPT al visitar un establecimiento psiquiátrico debe ser determinar si hay indicios de maltrato deliberado a los pacientes. Dichos indicios se descubren en raras ocasiones. De forma más general, el CPT desea poner de relieve la dedicación al cuidado del paciente observada entre la gran mayoría del personal en prácticamente todos los establecimientos psiquiátricos visitados por sus delegaciones. Esta situación es en ocasiones digna de elogio debido a la escasez de personal y a la falta de recursos a disposición de dicho personal.

Sin embargo, las propias observaciones del CPT in situ y los informes recibidos de otras fuentes indican que el maltrato deliberado a los pacientes en los establecimientos psiquiátricos se produce de vez en cuando. Como consecuencia, se plantean una serie de cuestiones que están estrechamente relacionadas con el tema de la prevención de malos tratos (por ejemplo, medios de represión; procedimientos de reclamación; contacto con el mundo exterior; supervisión externa). Sin embargo, se deberían hacer algunas observaciones llegados a este punto en lo que concierne a la elección del personal y a la supervisión del mismo.

28. Trabajar con los enfermos mentales y con los discapacitados psíquicos será siempre una tarea difícil para todas las categorías de personal implicadas. A este respecto, se debería tener en cuenta que el personal de asistencia sanitaria en los establecimientos psiquiátricos es asistido frecuentemente en su trabajo diario por los ordenanzas; además, en algunos establecimientos se asignan tareas relacionadas con la seguridad a un considerable número de personal. La información a disposición del CPT sugiere que, cuando se produce un maltrato deliberado por parte del personal en los establecimientos psiquiátricos, es el personal auxiliar, más que personal médico o de enfermería cualificado, el culpable.

Teniendo en cuenta el reto que supone su trabajo, es de crucial importancia que el personal auxiliar sea cuidadosamente seleccionado y que reciba tanto una formación adecuada antes de hacerse cargo de sus obligaciones como cursos de prácticas. Además, durante la ejecución de sus tareas, deberán ser estrechamente supervisados –y estar sujetos a su autoridad– por personal de asistencia sanitaria cualificado.

29. En algunos países, el CPT se ha encontrado con determinados pacientes, o presos de los establecimientos penitenciarios colindantes, empleados como personal auxiliar en las instalaciones psiquiátricas. El Comité tiene serios recelos sobre este planteamiento y sólo lo aceptaría como medida de último recurso. Si dichos nombramientos son inevitables, las actividades de las personas concernidas deberán ser supervisadas de una forma continua por personal de asistencia sanitaria cualificado.

30. Además, es esencial que se utilicen los procedimientos adecuados con el fin de proteger determinados pacientes psiquiátricos de otros pacientes que podrían causarles daños. Ello requiere, entre otras cosas, la presencia de personal adecuado en todo momento, incluyendo las noches y los fines de semana. Además, se deberían tomar medidas específicas para pacientes particularmente vulnerables; por ejemplo, a los discapacitados psíquicos y/o adolescentes trastornados mentalmente no se les debería alojar junto con otros pacientes adultos.

31. El control de dirección adecuado de todas las categorías del personal puede además contribuir significativamente a la prevención de los malos tratos. Obviamente, debe comunicarse el mensaje claro de que no es aceptable el maltrato físico y psicológico de los pacientes y que se

tratará severamente. De forma más general, la administración debería garantizar que el papel terapéutico del personal en los establecimientos psiquiátricos no se considerase como secundario en relación a las consideraciones de seguridad.

De forma análoga, deberían revisarse consiguientemente las normas y prácticas capaces de generar un clima de tensión entre el personal y los pacientes. La imposición de multas al personal en caso de fuga de un paciente es precisamente el tipo de medida que podría tener un efecto negativo en el sistema de valores dentro de un establecimiento psiquiátrico.

C. Condiciones de vida y tratamiento de los pacientes

32. El CPT examina concienzudamente las condiciones de vida y el tratamiento de los pacientes; las irregularidades cometidas en este campo pueden llevar rápidamente a situaciones que se engloban dentro del ámbito del término “tratamiento inhumano y degradante”. El objetivo debería ser ofrecer unas condiciones materiales enfocadas al tratamiento y bienestar de los pacientes; en términos psiquiátricos, un ambiente terapéutico positivo. Esto es importante no sólo para los pacientes, sino también para el personal que trabaja en los establecimientos psiquiátricos. Además, se debe proporcionar a los pacientes un tratamiento y un cuidado adecuados, tanto psiquiátrico como somático; teniendo en cuenta el principio de igualdad en la asistencia, el tratamiento médico y el cuidado sanitario recibido por las personas que han sido ingresadas involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico debería ser comparable al que disfrutaban los pacientes psiquiátricos voluntarios.

33. La calidad de las condiciones de vida y el tratamiento de los pacientes depende inevitablemente en gran medida de los recursos disponibles. El CPT reconoce que, en tiempos de graves dificultades económicas, se tendrán que hacer sacrificios, incluyendo los centros de salud. Sin embargo, debido a las circunstancias encontradas en algunas de las visitas, el Comité desea reseñar que la cobertura de determinadas necesidades básicas debe ser siempre garantizada en instituciones en las que el Estado tiene personas a su cargo y/o bajo su custodia. Estas necesidades incluyen una alimentación adecuada, calefacción y ropa así como –en centros de salud– una medicación adecuada.

Condiciones de vida

34. Crear un ambiente terapéutico positivo implica, en primer lugar, proporcionar el suficiente espacio a cada paciente así como una iluminación adecuada, calefacción y ventilación y el mantenimiento del establecimiento en unas condiciones satisfactorias que cumplan los requisitos de higiene del hospital.

Se debería prestar especial atención a la decoración de las salas de los pacientes y las zonas de recreo, con el fin de proporcionar a los pacientes un estímulo visual. El suministro de mesitas de noche y armarios es altamente recomendable y se les debería permitir a los pacientes conservar determinadas pertenencias personales (fotografías, libros, etc.). También se subraya la importancia de proporcionar a los pacientes un espacio de uso personal con llave en el que puedan guardar sus pertenencias; la falta de dicho espacio puede minar el sentido de seguridad y autonomía del paciente.

Los servicios deberían dar a los pacientes cierta privacidad. Además, las necesidades de los ancianos y/o pacientes discapacitados a este respecto deberían ser consideradas de forma especial; por ejemplo, los aseos que tengan un diseño que no permita al usuario sentarse no son adecuados

para dichos pacientes. De forma análoga, debe haber disponible un equipo hospitalario básico que permita al personal facilitar una asistencia adecuada (incluyendo la higiene personal a los pacientes que estén postrados en la cama); la falta de dicho equipo puede conducir a condiciones miserables.

Se debería también tener en cuenta que la práctica observada en algunos establecimientos psiquiátricos, de vestir siempre a los pacientes con pijamas / batas no conduce precisamente a un reforzamiento de la identidad personal y de la autoestima; la individualización de la ropa debería formar parte del proceso terapéutico.

35. La alimentación de los pacientes es otro aspecto de sus condiciones de vida que preocupa particularmente al CPT. La comida no debería ser sólo adecuada desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, sino que también debería ser suministrada a los pacientes en condiciones satisfactorias. Debería haber el equipo necesario que permitiese que los alimentos fuesen servidos a la temperatura correcta. Además, los preparativos de la comida deberían ser decentes; a este respecto se debería subrayar que permitir a los pacientes realizar los actos de la vida diaria –como comer con los cubiertos adecuados mientras están sentados a la mesa– representa una parte integral de los programas de rehabilitación psicosocial de los pacientes. De la misma forma, la presentación de los alimentos es un factor que no deberían pasar por alto.

Las necesidades particulares de las personas discapacitadas, en relación a los preparativos del catering también deberían ser tenidas en cuenta.

36. El CPT también desea dejar claro su apoyo a la tendencia observada en varios países a cerrar dormitorios de amplia capacidad en los establecimientos psiquiátricos; dichas instalaciones son apenas compatibles con las normas de la psiquiatría moderna. La provisión de estructuras de alojamiento basadas en pequeños grupos es un factor crucial para preservar / restaurar la dignidad de los pacientes, y también un elemento clave de cualquier política para la rehabilitación psicológica y social de los pacientes. Las estructuras de este tipo facilitan también la colocación de los pacientes en categorías relevantes para fines terapéuticos.

De forma similar, el CPT promueve el planteamiento, cada vez más adoptado, de permitir a los pacientes tener acceso a sus dormitorios durante el día, en vez de obligarlos a permanecer juntos reunidos con otros pacientes en zonas comunes.

Tratamiento

37. El tratamiento psiquiátrico se debería basar en un planteamiento individualizado que implicase el establecimiento de un plan de tratamiento para cada paciente. Debería incluir una amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas, incluyendo la terapia ocupacional, la terapia de grupo, la psicoterapia individual, el arte, el teatro, la música y los deportes. Los pacientes deberían tener acceso habitual a salas de recreo debidamente equipadas y tener la posibilidad de hacer ejercicio al aire libre diariamente; también es deseable para ellos que se les ofrezca una educación y un trabajo adecuado.

El CPT ha encontrado en demasiadas ocasiones que estos componentes fundamentales de tratamiento efectivo de rehabilitación psicosocial están infradesarrollados o incluso existe una carencia total de los mismos y que el tratamiento proporcionado a los pacientes consiste esencialmente en farmacoterapia. Esta situación puede ser el resultado de la ausencia de personal debidamente cualificado y de la falta de instalaciones adecuadas o el resultado de una filosofía anticuada basada en la custodia de los pacientes.

38. Por supuesto, la medicación psicofarmacológica es a menudo una parte necesaria del tratamiento dado a los pacientes con desórdenes mentales. Deben existir los procedimientos que garanticen que realmente se suministra la medicación prescrita, y que se garantiza un suministro regular de las medicinas adecuadas. El CPT también estará observando si se produce algún indicio de uso indebido de la medicación.

39. La terapia electroconvulsiva (ECT) es una forma reconocida de tratamiento a los pacientes psiquiátricos que sufren algún tipo determinado de desorden. Sin embargo, se debería prestar mucha atención a que la ECT concuerde con el plan de tratamiento del paciente y su administración debe estar acompañada de las garantías necesarias.

Al CPT le preocupa particularmente encontrar lugares en los que la ECT se administra en su forma no modificada (es decir, sin relajantes anestésicos y musculares); este método no puede ser ya considerado aceptable en la práctica de la psiquiatría moderna. Aparte del riesgo de fracturas y otras consecuencias médicas adversas, el proceso mental es degradante tanto para el paciente como para el personal implicado. Por consiguiente, la ECT se debería siempre administrar en su forma modificada.

La ECT debe ser administrada fuera de la vista de otros pacientes (preferiblemente en una sala que esté aparte y que haya sido equipada para dicho propósito), por personal que haya sido entrenado específicamente para suministrar dicho tratamiento. Además, la administración de la ECT será registrada en detalle en un archivo específico. Solo de esta manera, se podrán identificar claramente las prácticas indeseables por parte de la dirección del hospital y ser discutidas con el personal.

40. Las revisiones periódicas del estado de salud de un paciente y de la medicación prescrita, es otro requisito básico. Ello permitirá entre otras cosas que se tomen las decisiones adecuadas con respecto a una posible alta hospitalaria o traslado a un ambiente menos restrictivo.

Se debería abrir un historial médico personal y confidencial para cada paciente. El historial debería contener información sobre el diagnóstico (incluyendo los resultados de cualquier examen especial al que se haya sometido el paciente) así como un registro continuo del estado de salud mental y somático del paciente y de su tratamiento. El paciente debería poder consultar su historial, a menos que fuese desaconsejable desde el punto de vista terapéutico, y debería poder pedir la información que contiene para ponerla a disposición de su familia o de su abogado. Además, en el caso de traslado, el historial debería ser entregado a los médicos del nuevo establecimiento que lo acoga; en el caso de que se ponga en libertad al preso, el historial debería ser entregado –con el consentimiento del paciente– al médico que lo trate en la comunidad exterior.

41. Los pacientes deberían, como cuestión de principio, estar en situación de dar su libre consentimiento al tratamiento siendo conscientes del mismo. La admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico de forma involuntaria no se debería interpretar como autorización para el tratamiento sin su consentimiento. De lo que se deduce que a cada paciente, ya sea voluntario o involuntario, se le debería dar la oportunidad de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica. Cualquier derogación de este principio fundamental debería basarse en la ley y relacionarse sólo con circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas.

Por supuesto, el consentimiento al tratamiento sólo será considerado como libre y expreso si está basado en una información completa, exacta y comprensible del estado del paciente y del tratamiento propuesto; describir la ECT como “terapia de sueño” es un ejemplo de información no completa ni exacta del tratamiento en cuestión. Por consiguiente, todos los pacientes deberían

recibir sistemáticamente la información necesaria sobre su estado y el tratamiento propuesto para ello. También se les debería proporcionar la información relevante (resultados, etc.) después del tratamiento.

D. Personal

42. Los recursos del personal deberían ser los adecuados en términos de número, categoría (psiquiatras, médicos de cabecera, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.), experiencia y formación. Las deficiencias de personal minarán generalmente de forma seria los intentos de ofrecer actividades del tipo descrito en el párrafo 37; además pueden conducir a situaciones de alto riesgo para los pacientes, a pesar de las buenas intenciones y los esfuerzos auténticos del personal que esté en servicio.

43. En algunos países, el CPT se ha visto particularmente sorprendido por el escaso número de enfermeras psiquiátricas calificadas existente entre el personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos y por la falta de personal cualificado para realizar actividades de terapia social (en particular, terapeutas ocupacionales). El desarrollo de la formación sanitaria psiquiátrica especializada y un mayor énfasis en la terapia social tendrán un impacto considerable en la calidad de la asistencia. En particular, conducirá a un medio terapéutico menos centrado en los tratamientos físicos y basados en medicamentos.

44. En una sección anterior ya se han visto determinadas observaciones relativas a los temas de personal, y más particularmente, al personal auxiliar (cf. párrafos del 28 al 31). Sin embargo, el CPT también presta especial atención a la actitud de los médicos y personal sanitario. En particular, el Comité buscará pruebas de un interés genuino en establecer una relación terapéutica con los pacientes. También comprobará que los pacientes que puedan ser considerados como una carga o que potencialmente no puedan ser rehabilitados, no sean desatendidos.

45. Como en otros servicios de asistencia sanitaria, es importante que las distintas categorías de personal que trabajan en una unidad psiquiátrica se reúnan periódicamente y formen un equipo bajo la autoridad de un médico senior. Ello permitirá identificar y discutir los problemas día a día y proporcionar una guía para resolver los mismos. La falta de dicha posibilidad podría engendrar frustración y resentimiento entre los miembros del personal.

46. La estimulación y el apoyo externos son también necesarios para garantizar que el personal de los establecimientos psiquiátricos no se aisle demasiado. A este respecto, es altamente deseable que se le ofrezca a dicho personal posibilidades de formación fuera de sus establecimientos, así como oportunidades de traslado. De forma similar, se debería promover la presencia de personas independientes (ejemplo estudiantes e investigadores) y organismos externos (cf. párrafo 55) en los establecimientos psiquiátricos.

E. Medios de represión

47. En cualquier establecimiento psiquiátrico, la represión de los pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en algunas ocasiones. Es un tema que preocupa particularmente al CPT, dado el potencial de abusos y malos tratos.

La represión de los pacientes debería estar sujeta a una política claramente definida. Dicha política debería dejar claro que los intentos iniciales para reprimir a los pacientes agitados o violentos deberían ser, en la medida de lo posible, no físicos (es decir instrucción oral) y que, cuando fuese necesaria la represión física, se debería limitar, en principio, al control manual.

El personal de los establecimientos psiquiátricos debería recibir formación de las técnicas de control manual y no físicas con respecto a los pacientes agitados o violentos. El contar con dichas técnicas permitirá al personal elegir la respuesta más adecuada cuando se vean enfrentados a situaciones difíciles, reduciendo así significativamente el riesgo de heridas a pacientes y personal.

48. El recurso a instrumentos de represión física (correas, camisas de fuerza, etc.) se justificará en raras ocasiones y deberá ser siempre expresamente ordenado por un médico o informados a un médico con el fin de buscar su aprobación. Si, excepcionalmente, se recurre a instrumentos de represión física, deberían ser retirados a la más mínima ocasión; nunca deberían ser aplicados, ni su aplicación prolongada, como castigo.

El CPT se ha encontrado en ocasiones con pacientes psiquiátricos a los que se les ha aplicado instrumentos de represión física durante varios días; el Comité debe enfatizar que dicho estado de cosas no puede tener justificación terapéutica y puede dar lugar, desde su punto de vista, a los malos tratos.

49. Se debería hacer además referencia, en este contexto, a la reclusión (es decir, prisión incomunicada en una sala) de los pacientes violentos o “difíciles de controlar” por otras causas, un procedimiento que tiene una larga historia en psiquiatría.

Existe una clara tendencia en la práctica de la psiquiatría moderna a favor de evitar la reclusión de los pacientes y al CPT le satisface ver que en muchos países se está convirtiendo en un procedimiento desfasado. Mientras la reclusión permanezca en uso, debería ser objeto de una política detallada, que tenga en cuenta en particular: los tipos de casos en los que debe ser utilizada; los objetivos buscados; su duración y la necesidad de revisiones periódicas; la existencia de contacto humano adecuado; la necesidad de personal especialmente atento.

Nunca deberá utilizarse la reclusión como castigo.

50. Cada instante de represión física de un paciente (control manual, utilización de instrumentos de represión física, reclusión) debería registrarse en un archivo específico destinado a este propósito (así como también en el historial del paciente). El registro debería incluir las fechas del inicio y del término de la medida, las circunstancias del caso, las razones para recurrir a dicha medida, el nombre del médico que lo ordenó o lo aprobó, y el número de heridas sufridas por los pacientes o por el personal.

Esto facilitará enormemente tanto la gestión de dichos incidentes como la supervisión del alcance de dicha medida.

F. Garantías en el contexto de internamiento involuntario

51. Teniendo en cuenta su vulnerabilidad, los enfermos mentales y los discapacitados psíquicos requieren mucha atención con el fin de prevenir cualquier forma de conducta –o evitar cualquier omisión– contraria a su bienestar. De ello se deduce que el internamiento involuntario en un establecimiento psiquiátrico deberá estar siempre acompañado de las garantías adecuadas. Una de las garantías más importantes –consentimiento libre e informado del tratamiento– ha sido ya subrayado (cf. párrafo 41).

La decisión inicial de internamiento

52. El procedimiento por el cual se decide el internamiento involuntario deberá ofrecer unas garantías de independencia e imparcialidad así como también de pericia médica objetiva.

Por lo que concierne, más particularmente, al internamiento involuntario de naturaleza civil, en muchos países la decisión relativa al internamiento debe ser adoptada por un autoridad judicial (o confirmada por dicha autoridad en un plazo límite corto), de acuerdo con las opiniones psiquiátricas. Sin embargo, la implicación automática de una autoridad judicial en la decisión inicial de internamiento no está prevista en todos los países. La Recomendación del Comité de Ministros nº R (83) 2, sobre la protección legal de las personas que sufren desórdenes mentales ingresadas como pacientes involuntarios permite ambos planteamientos (aunque el establecimiento de garantías especiales en el caso de la decisión de internamiento sea confiada a una autoridad no judicial). La Asamblea Parlamentaria ha reabierto, sin embargo, el debate sobre este tema mediante su Recomendación 1235 (1994) sobre psiquiatría y derechos humanos, exigiendo que las decisiones relacionadas con el internamiento involuntario sean adoptadas por un juez.

En cualquier caso, una persona ingresada involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico por una autoridad no judicial deberá tener derecho a interponer una demanda mediante la cual la legalidad de su detención sea decidida inmediatamente por un tribunal.

Garantías durante el internamiento

53. Se debería imprimir y entregar a cada paciente en el momento de su admisión, así como a sus familiares, un folleto introductorio que estableciera la rutina del establecimiento y los derechos de los pacientes. Cualquier paciente que no pueda comprender dicho folleto recibirá la ayuda necesaria.

Además, como en cualquier otro caso de privación de libertad, un procedimiento de quejas efectivas es una garantía básica contra los malos tratos en los establecimientos psiquiátricos. Se deberían tomar medidas específicas que permitiesen a los pacientes presentar quejas formales a un organismo claramente designado para el caso, y a comunicarse de forma confidencial con una autoridad competente fuera del establecimiento.

54. Mantener contacto con el mundo exterior es esencial, no solo para la prevención de los malos tratos sino también desde el punto de vista terapéutico.

Los pacientes deberían poder recibir y enviar correspondencia, tener acceso al teléfono y recibir visitas de sus familiares y amigos. Se debería garantizar además el acceso confidencial a un abogado.

55. Además, el CPT da una considerable importancia a que los establecimientos psiquiátricos sean visitados regularmente por un organismo externo independiente (es decir, un juez o un comité supervisor) para que sea responsable de la inspección de la asistencia a los pacientes. Este organismo debería ser autorizado, en particular a hablar de forma privada con los pacientes, recibir directamente cualquier queja que puedan tener y hacer cualquier recomendación necesaria.

Alta

56. La estancia involuntaria en un establecimiento psiquiátrico debería cesar tan pronto como deje de ser necesario para el estado mental del paciente. Por consiguiente, la necesidad de dicha permanencia se debería revisar en intervalos periódicos.

Cuando la estancia involuntaria es para un determinado período, renovable de acuerdo con las pruebas psiquiátricas, dicha revisión se hará de acuerdo con los mismos términos de la estancia. Sin embargo, el internamiento involuntario podrá ser para un período sin especificar, especialmente en el caso de personas que hayan sido obligatoriamente admitidas en un establecimiento psiquiátrico como resultado de un procedimiento penal y que son consideradas peligrosas. Si el período de estancia involuntaria no está especificado, debería producirse una revisión automática en intervalos periódicos de la necesidad de continuar la estancia.

Además, el propio paciente podrá exigir en intervalos razonables que una autoridad judicial revise la necesidad de estar internado en el establecimiento.

57. Aunque no se exija por más tiempo la estancia involuntaria, el paciente podrá no obstante seguir necesitando tratamiento y/o un ambiente protegido en la comunidad exterior. A este respecto, el CPT ha descubierto, en varios países, que algunos pacientes cuyo estado mental ya no requería que fuesen detenidos en un establecimiento psiquiátrico, permanecían, sin embargo, en dichos establecimientos, debido a la falta de asistencia / alojamiento adecuados en la comunidad exterior. Que las personas continúen estando privadas de libertad como resultado de la ausencia de instalaciones externas adecuadas, es una situación muy cuestionable.

G. Observaciones finales

58. La estructura organizacional de los servicios de asistencia sanitaria para las personas con desórdenes psiquiátricos varía de un país a otro, y ciertamente es un asunto que cada Estado debe determinar. Sin embargo, el CPT desea captar la atención sobre la tendencia en varios países a reducir el número de camas en los grandes establecimientos psiquiátricos y a desarrollar unidades sanitarias mentales con base en la comunidad. El Comité considera que esto supone un avance muy favorable, a condición de que dichas unidades proporcionen una asistencia de calidad satisfactoria.

Actualmente está muy aceptado que los grandes establecimientos psiquiátricos suponen un riesgo significativo de institucionalización tanto para los pacientes como para el personal, tanto más si están situados en poblaciones aisladas. Ello puede dar como resultado un efecto perjudicial en el tratamiento del paciente. Los programas de atención que se sirven de una completa gama de tratamiento psiquiátrico son mucho más fáciles de implementar en unidades pequeñas situadas cerca de los principales centros urbanos.