

XXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN
DE DEFENSORES DEL PUEBLO

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Taller I “Tratamiento penal, procesal y penitenciario del enfermo mental”.

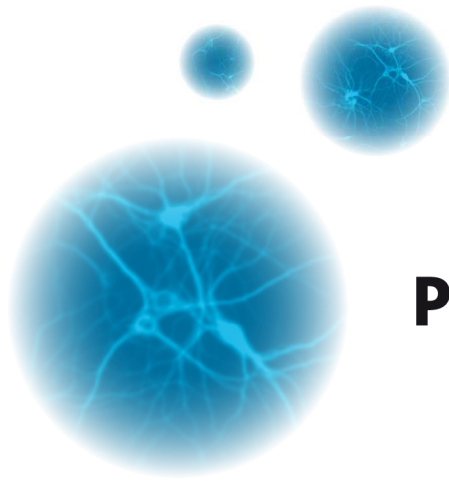
Madrid, 9 de febrero de 2012.

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES.

Metodología.

En el marco de la preparación de las XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, que tendrán lugar en Zaragoza los días 19 y 20 de junio de 2012, organizadas por el Justicia de Aragón, se ha celebrado en la sede del Defensor del Pueblo de España el Taller “Tratamiento penal, procesal y penitenciario del enfermo mental”.

Previa elaboración por el coordinador del taller de un índice de temas a tratar, remitido a los participantes, se produjeron aportaciones escritas y posteriormente una jornada de debate en Madrid el 9 de febrero de 2012. Posteriormente, los participantes remitieron al coordinador propuestas como base para redactar un documento de conclusiones.



XXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN
DE DEFENSORES DEL PUEBLO

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Introducción.

Se han detectado diversos problemas relacionados con los temas objeto del Taller, que pueden sintetizarse –con la dificultad inherente a la complejidad de esta realidad, y conscientes de que no se agota con ello una problemática multiforme- en los siguientes términos:

a) Tratamiento penal.

El lugar de cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad es una cuestión ampliamente debatida. De hecho, las medidas se cumplen, o podrían cumplirse, en centros o unidades psiquiátricas penitenciarias, en centros penitenciarios ordinarios (a su vez, en módulos ordinarios o en las enfermerías generales), en centros psiquiátricos de la red pública sanitaria, o en régimen ambulatorio, sea en centros o unidades dependientes de la red pública sanitaria, sea en centros o unidades dependientes de la Administración penitenciaria, en centros de deshabituación o en centros educativos especiales. No siempre el lugar designado por el Juez es el más adecuado a las características del interno, fundamentalmente por falta de alternativas. Tampoco dispone el Juez de un órgano de asesoramiento para determinar el lugar más adecuado para el internamiento, al modo del *Mental Health Review Tribunal* británico, o de personal especializado que le asesore para establecer la medida o revisar su evolución. Además, la falta de centros alternativos bascula artificialmente las decisiones judiciales hacia las prisiones y los psiquiátricos penitenciarios.

La duración de la medida de seguridad privativa de libertad tiene como límite máximo el de la pena abstracta (ex artículo 6.2 del Código Penal) que se hubiera impuesto por los mismos hechos a una persona imputable (artículo 101 del Código Penal). Sin embargo, se constata que el límite máximo es más bien el tiempo real de internamiento, por lo que parece haber una desconexión entre la duración del internamiento y las necesidades terapéuticas del enfermo mental afectado. Es decir, no está desligada *ab initio* la duración de la medida de la situación del enfermo, sino que va unida a la pena abstracta

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

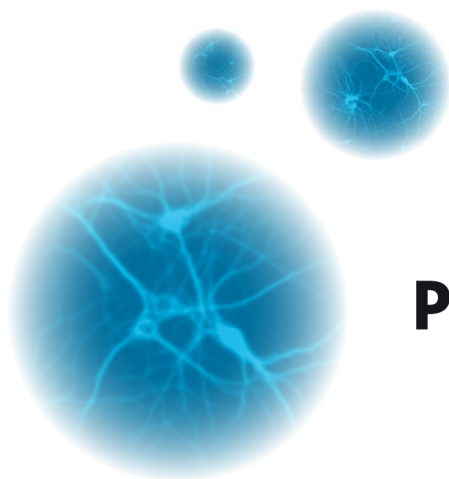
ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

correspondiente al tipo de delito. Sin embargo, paradójicamente, no son aplicables los beneficios penitenciarios, de modo que el inimputable termina estando privado de libertad mucho más tiempo que si hubiera sido imputable; caso paradigmático es que el imputable sin antecedentes con pena inferior a dos años podría eludir el ingreso en prisión, mientras que el inimputable que haya cometido el mismo hecho que aquél padecería una privación de libertad de análoga duración.

Una vez al año, el Juez de Vigilancia Penitenciaria eleva al Tribunal sentenciador una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta (artículo 98 del Código Penal). El saludable propósito de esta previsión se encuentra en la práctica con un procedimiento extraordinariamente lento, de modo que transcurren muchos meses desde que se detecta por los médicos la conveniencia de un cambio de medida hasta que éste puede ser llevado a la realidad. Es necesario reflexionar sobre la complejidad del procedimiento, en particular sobre la “doble intervención” Juez de Vigilancia-Tribunal sentenciador. Además, a veces la sustitución propuesta deviene inejecutable por falta de recursos sociales, de modo que a toda propuesta ha de acompañarse el ofrecimiento de un recurso *ad hoc*.

b) Tratamiento procesal.

El momento de la detención es crítico para la suerte penal futura del enfermo mental. En efecto, una inadecuada inteligencia de la situación por parte de los agentes policiales puede dar lugar a un “efecto dominó” (atestado, imputación, juicio rápido, sentencia) que muchas veces no se corresponde ni con la entidad del incidente ni con la situación mental del afectado, debido a problemas formativos de la Policía o a falta de protocolos de actuación. Una actuación inadecuada del abogado –muchas veces de oficio– favorece la condena penal de personas materialmente inimputables. Ello lleva con frecuencia a que personas materialmente inimputables sean tratadas como imputables, con todos los problemas jurídico-penales y tratamientos que de ello se derivan.



XXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN
DE DEFENSORES DEL PUEBLO

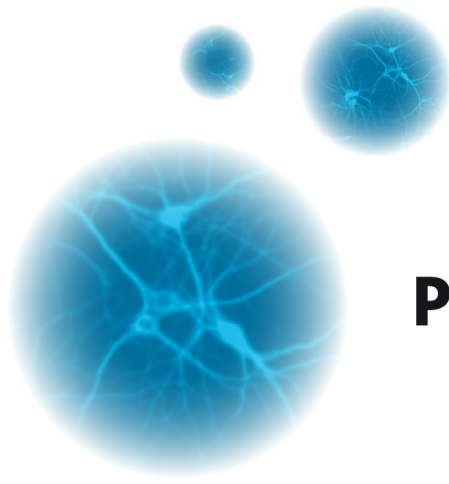
PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

En el enjuiciamiento, resulta determinante el informe pericial emitido por el Médico Forense u otro perito-facultativo en relación con el estado mental del acusado en el momento de realizar el hecho tipificado como delito, máxime considerando que en nuestro sistema lo determinante para la imputabilidad no es la enfermedad mental abstractamente considerada o diagnosticada, sino la situación en el momento de cometerse el delito. Sin embargo, no siempre los Médicos Forenses tienen una especialización avanzada en psiquiatría, lo que puede condicionar la suerte procesal penal de los afectados.

En la sentencia, como se ha apuntado anteriormente, y dado que a los efectos de determinación de la duración de la medida, de conformidad con el artículo 101 del Código Penal, “no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo”, se está haciendo una interpretación según la cual se tiene en cuenta la pena potencial “en abstracto”, de modo que las circunstancias concurrentes se aplican teniendo en cuenta criterios jurídico-penales puros. Dicho de otra manera, el inimputable recibe una medida privativa de libertad de una duración real “como si” hubiera cometido el delito en plenitud de facultades mentales, y por tanto de duración muchas veces desorbitada en relación con las circunstancias del caso, y que además no se verá reducida por efecto de beneficios penitenciarios.

En otro orden de ideas, las Sentencias del Tribunal Constitucional 131/2010 y 132/2010, de 2 de diciembre, han declarado inconstitucional –que no nulo- el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil relativo al internamiento no voluntario de naturaleza civil, exigiendo la regulación de tal materia, al afectar al derecho fundamental a la libertad, en norma con rango de Ley Orgánica. Sin embargo, y a pesar de que se ha pedido por el Defensor del Pueblo de España, no se ha abordado la pertinente reforma legislativa.



PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

c) Tratamiento penitenciario.

Tanto los internados en los Hospitales y unidades psiquiátricas penitenciarias, como los internados en prisiones ordinarias, padecen problemas específicos conocidos particularmente en las visitas efectuadas por las Defensorías.

Entre los múltiples problemas existentes puede citarse el alejamiento en muchos casos de las familias o los entornos sociales más próximos, dado que sólo hay dos Hospitales psiquiátricos penitenciarios en el territorio competencia de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y para mujeres sólo uno.

Asimismo, otras cuestiones son la falta de equivalencia con las prestaciones psiquiátrico-sanitarias homólogas a las que tendrían los internados si fueran atendidos en la sanidad pública general; la falta o escasez de psiquiatras consultores; la inadecuación del régimen de internamiento en régimen cerrado a medidas de seguridad privativas de libertad de corta duración; la mezcla entre enfermos somáticos y psiquiátricos en las enfermerías; o la falta de flexibilidad *de facto* en el cambio de medida hacia una menos restrictiva de la libertad. Todo ello además de los problemas específicos propios de cada centro individualmente considerado.

Por otra parte, la necesidad de hacer posible la reinserción social tras el cumplimiento de la medida de seguridad y de continuar los tratamientos (artículo 185 del Reglamento Penitenciario) plantea problemas específicos de coordinación temporánea con los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales (piénsese en el ejercicio de las funciones de tutela), acuciados por la falta de medios y recursos agudizada en el actual contexto de grave crisis económica, en el que existe el riesgo cierto de que enfermos mentales excarcelados abandonen el tratamiento o acaben siendo personas “sin techo”, debido a carecer de un entorno familiar adecuado o de otros recursos asistenciales.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Conclusiones.

A la vista de la problemática expuesta, los participantes en el Taller adoptan las siguientes conclusiones:

a) Sobre el tratamiento penal:

1ª) El *lugar* del cumplimiento de la medida de seguridad debería contemplar alternativas –no sólo formales, que ya existen, sino reales y efectivas- a la prisión ordinaria y a los psiquiátricos penitenciarios. No se trataría, salvo excepcionalmente, de crear centros nuevos –cuestión especialmente difícil en un contexto de grave crisis económica- sino de adaptar recursos existentes –la red de atención sociosanitaria comunitaria- a las especialidades del enfermo mental que ha cometido un hecho tipificado como delito. Es necesaria una pluralidad de alternativas reales disponibles para el internamiento, para que el enfermo mental se pueda curar mejor y pueda mantener la cercanía a su entorno social de origen, si ello es terapéuticamente adecuado, y se facilite la reinserción social y laboral, todo ello a través del correspondiente programa individualizado de tratamiento. En definitiva, el enfermo mental debe ubicarse en el recurso más adecuado a sus características, con apoyos familiares, sociales y terapéuticos.

2ª) La *duración* de la medida de seguridad debe desligarse de la duración de la pena que correspondería al hecho tipificado si hubiera sido cometido por una persona imputable, debiendo quedar relacionada más bien con la recuperación de la salud del enfermo mental y sus posibilidades de reinserción social, sin que se prolongue más de lo necesario. La “lógica de la reincidencia” –que conduce a medidas de duración total desmesurada- es rechazable en el caso del enfermo mental. En todo caso, la duración máxima de la medida de seguridad debe seguir estando predeterminada en la sentencia. No obstante, tal previsión no debe convertirse por inercia en el tiempo efectivo de cumplimiento, que puede y debe ser susceptible de reducción en los términos apuntados.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

3ª) La *responsabilidad jurisdiccional de la ejecución* de las medidas de seguridad debe corresponder al Juez de Vigilancia Penitenciaria, y no al órgano judicial sentenciador, una vez adoptada por éste la primera decisión jurisdiccional. Es el Juez de Vigilancia Penitenciaria quien mejor conoce la situación real del paciente, y cuenta con la agilidad de funcionamiento necesaria para decidir el lugar de cumplimiento de la medida y tomar las decisiones más correctas sobre su mantenimiento, cese, sustitución o suspensión.

b) Sobre el tratamiento procesal:

1ª) Sería necesario reforzar la *formación* de los profesionales del derecho y de la seguridad que pudieran entrar en relación con el enfermo mental, lo que repercutirá en su suerte procesal: Jueces, fiscales, abogados, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, médicos forenses. Se trata de que la Justicia en sentido amplio no actúe con automatismos que conducen a condenas injustas o simplemente desproporcionadas, considerando las graves consecuencias que pueden acarrear sobre personas que son enfermos mentales. Es particularmente importante la formación a través de los Colegios de Abogados, de modo que existan letrados especializados en condiciones de alegar debidamente la existencia de eximentes o atenuantes; la formación a través del Consejo General del Poder Judicial, de modo que los Jueces conozcan la pluralidad de posibilidades de derivación; la formación policial, pues con demasiada frecuencia se considera como delito de desacato lo que no es sino el síntoma de una enfermedad; o la especialización forense en psiquiatría.

2ª) Existe el riesgo evidente –y, de hecho, así acaece– de que muchos enfermos con pocos recursos económicos y sociales se vean abocados a un *iter procesal previsible*, que conduce a la prisión o al psiquiátrico penitenciario: escasa o nula asistencia psiquiátrica pre-delictual, falta de apoyo familiar y social, comisión del hecho delictivo, inexistencia de un buen diagnóstico o valoración forense, inadecuada defensa, falta de alternativas reales para el Tribunal sentenciador, prisión o psiquiátrico penitenciario, imposible excarcelación por falta de recursos comunitarios y, cuando ésta se produce,

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

peligro de recaída en el sistema (“situación de puerta giratoria”). Debe trabajarse en todos estos momentos del iter procesal para remediar la discriminación de estas personas.

3ª) El *régimen jurídico* de la ejecución de las medidas de seguridad carece de la precisión propia del Reglamento Penitenciario, lo que conlleva claras discriminaciones con respecto al penado (no aplicación de los beneficios penitenciarios) en perjuicio del enfermo mental sometido a medida de seguridad, lo que debiera corregirse.

4ª) Debiera regularse mediante *norma con rango de Ley Orgánica* el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, de conformidad con las Sentencias del Tribunal Constitucional 131/2010 y 132/2010.

c) Sobre el tratamiento penitenciario:

1ª) La doble *condición de enfermo-presos* del enfermo mental interno en centro penitenciario u hospital psiquiátrico penitenciario conlleva problemas específicos. No es fácil en ocasiones distinguir el síntoma de una enfermedad de una infracción disciplinaria: la externalización de síntomas puede conllevar sanciones más o menos explícitas, mientras que la internalización de síntomas puede agravar la enfermedad. Las dificultades terapéuticas inherentes al medio cerrado deben compensarse –si es necesaria o inevitable la continuidad en ese medio– mediante medidas que alivien las desventajas estructurales propias del medio cerrado: salidas terapéuticas, apertura a asociaciones de ayuda, búsqueda de recursos en el exterior que permitan una buena transición hacia la vida en libertad, o espacios claramente diferenciados para el enfermo mental dentro de las prisiones ordinarias.

2ª) En el caso de los enfermos mentales que estuvieran cumpliendo pena o medida de seguridad en centros penitenciarios ordinarios u hospitales psiquiátricos penitenciarios, debiera garantizarse en todos los casos un *programa individualizado* de tratamiento, garantizándose la *coordinación* con el

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

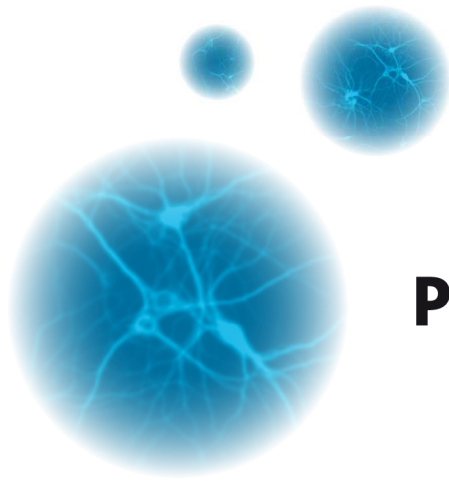
Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma tanto durante el cumplimiento (tratamientos médicos externos) como para la futura reinserción social (tratamientos médicos tras la puesta en libertad), y con pleno respeto al principio de que la atención sanitaria y particularmente psiquiátrica que recibe una persona con problemas de salud mental dentro de la prisión debe ser *equiparable* a la que recibiría en libertad.

3ª) Ha de prestarse especial atención a la elaboración de políticas públicas que *prevengan la exclusión social* tras la salida de la prisión, reforzando la coordinación con los servicios sociales públicos y con las organizaciones de la sociedad civil que ayudan a estas personas.

4ª) Para paliar la insuficiencia de los actuales hospitales psiquiátricos penitenciarios para atender a todas las necesidades existentes (tanto el cumplimiento de medidas de seguridad como la aplicación de la sustitución de la pena de prisión por una medida de seguridad, de conformidad con el artículo 60 del Código Penal), y en la medida en que no fuese posible hacer uso de otras instalaciones de la sanidad pública, podrían ampliarse las dependencias psiquiátricas penitenciarias mediante *centros o unidades modulares de tamaño reducido*, de conformidad con las modernas orientaciones de la psiquiatría.

5ª) Sería necesario mejorar la *coordinación* entre las Comunidades Autónomas y el Estado a través de protocolos, en relación con el ejercicio de las funciones de *tutela civil* que a las Comunidades Autónomas corresponde sobre determinados enfermos mentales ingresados en centros penitenciarios, funciones que han de ejercerse tanto durante la estancia en las prisiones y psiquiátricos penitenciarios como después de la puesta en libertad.

6ª) La necesidad de mejorar la coordinación, a través de *convenios, protocolos u otros mecanismos*, debiera extenderse a las Comunidades de origen (su lugar de procedencia) y destino (donde cumplen la pena o la medida y son puestos en libertad) de los enfermos mentales ingresados en centros penitenciarios. Así mismo, han de reforzarse los protocolos de actuación entre los servicios sociales



XXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN
DE DEFENSORES DEL PUEBLO

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

postpenitenciarios y los servicios sociales de la Comunidad Autónoma en la que se ubica el centro penitenciario o en el que residirá el penado, en relación con el tratamiento del enfermo mental, una vez concluida su estancia en el centro penitenciario, teniendo en cuenta la necesaria transición del mundo penitenciario al mundo en libertad.