

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.

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.

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.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

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, 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.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

c) Sobre el tratamiento penitenciario:

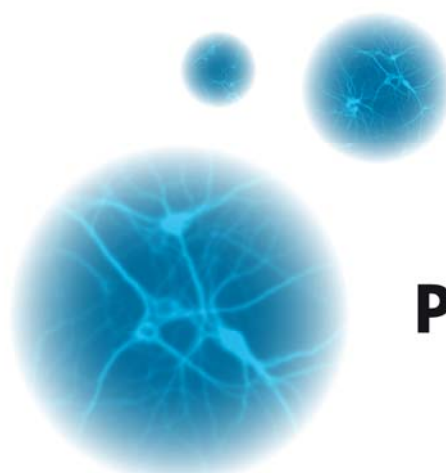
1ª) La doble *condición de enfermo-presos* del enfermo mental interno en centro penitenciario u hospital psiquiátrico penitenciario conlleva problemas específicos. No es fácil en ocasiones distinguir el síntoma de una enfermedad de una infracción disciplinaria: la externalización de síntomas puede conllevar 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 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.



XXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN
DE DEFENSORES DEL PUEBLO

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

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 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.