

CURSO: CRITERIOS INTERPRETATIVOS EN MATERIA DE
MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD Y MEDIDAS DE APOYO

LA PROBLEMÁTICA DE LAS
MEDIDAS DE SEGURIDAD EN
ENFERMOS Y DISCAPACITADOS
VISTA DESDE UNA PERSPECTIVA
MÉDICO-PENITENCIARIA

Buenos días. No quiero comenzar esta intervención sin agradecer a los organizadores su invitación a estas jornadas, y como no, a mi amigo Luis Fernández Arévalo, fiscal de vigilancia de esta ciudad. Muchas gracias pues.

Aunque el asunto que tratamos en esta mesa se refiere fundamentalmente a las situaciones sobrevenidas que alteran en una persona la percepción de una pena previamente aplicada, es decir, aquellas situaciones previstas en el artículo 60 del código penal, desde un punto de vista médico, o más bien médico administrativo, se trata de situaciones que presentan los mismos problemas que en general la valoración de la imputabilidad de los enfermos mentales o de aquellas personas cuyo patrón de conducta difiere de la normalidad. Así pues, esta intervención va a girar alrededor de esta problemática, desde la realidad de los que tenemos que dar cumplimiento a las disposiciones judiciales que se derivan de estos escenarios, cuyo desenlace es, de manera casi sistemática, la privación de libertad del enfermo incluso cuando su destino natural debería ser justamente el contrario. En este sentido, la problemática a la que me refiero es doble. Por un lado, la interpretación de la realidad que conduce a definir que existe inimputabilidad o enajenación sobrevenida. Por otro, el lugar donde el inimputable, o el enajenado han de ser atendidos.

La locura, o la percepción que de la locura tiene el cuerdo, está tan unida a la privación de libertad que el encierro de los dementes es incluso anterior al de los delincuentes, y si los manicomios pueden históricamente tener un innegable componente asilar y de beneficencia, la concepción caritativa no está especialmente arraigada como para evitar que el enajenado sea considerado, hasta fechas muy recientes y aún hoy día, un ser potencialmente peligroso y en cualquier caso improductivo y molesto. Locura y crimen comparten tradicionalmente la privación de libertad, y el afectado por la primera habrá de compartir su encierro con los individuos pertenecientes a otros colectivos marginales de la sociedad -vagabundos y mendigos- y, evidentemente, con los delincuentes sin más.

A principios del siglo XIX se comienza a plantear un tratamiento diferenciado del loco delincuente y a cuestionar la influencia de la primera condición en la génesis de la segunda. Esto se traduce en los códigos penales de 1848 y de 1870 que determinan no sólo el tratamiento procesal diferenciado en función de su situación de enfermedad mental con respecto a las personas cuerdas, sino el destino del condenado declarado no responsable, que es enviado al manicomio o entregado, en determinadas circunstancias, a su familia.

Desde entonces el tratamiento penal y penitenciario de los enfermos mentales no ha dejado de ser objeto de serias discusiones al no haber unidad de criterio en aspectos como la definición de las alteraciones que puedan ser susceptibles de generar una declaración de inimputabilidad o la conveniencia o no de su internamiento en centros de naturaleza penitenciaria, y estas eventuales discrepancias constituyen la verdadera esencia del problema, es decir, la puesta en común entre los criterios médicos y jurídicos y la existencia de visiones a veces enfrentadas entre quienes ponen el acento en la definición y la catalogación de la enfermedad mental y los que lo

hacen sobre la existencia o no de la libertad humana en el acometimiento de determinadas conductas. En cualquier caso, si ha existido un punto de unión, éste ha sido la unanimidad, al menos teórica, en la necesidad de procurar al delincuente enfermo mental una atención médica especializada adecuada a su condición patológica, lejos de los antiguos paradigmas simplemente segregadores.

En 1897, un Real Decreto de la Reina Regente María Cristina de Habsburgo-Lorena establece una clasificación de los locos sujetos a procedimiento criminal o suspensos de condena por causa de enajenación mental. Este Real Decreto, que implica a la Administración Penitenciaria a través de su principal órgano gestor (la Dirección General de Establecimientos Penales) y del negociado de Sanidad Penitenciaria, lo hace también a los Gobiernos Civiles como organismos coordinadores del Estado, y a los organismos responsables de la sanidad pública de la época, es decir, la administración provincial y el propio Estado, y que en lo que respecta al tema que tratamos no es sino el circuito de la beneficencia. El decreto, cuya exposición de motivos señala la incongruencia de la permanencia en los establecimientos penitenciarios de sujetos con *la razón perturbada* clasifica a los locos según sexo, patología, apreciación médico-penal de ésta y gravedad del delito, de manera que sean finalmente ingresados, según corresponda, en el pabellón de enajenados de la penitenciaría-hospital del Puerto de Santa María, en manicomios públicos o privados, o incluso en el propio domicilio familiar.

Con gran sentido, el decreto hace recaer los gastos derivados del sostenimiento del ingreso en la administración provincial, con la excepción de los reclusos que, condenados a muerte o a cadena perpetua, presentaran una enajenación sobrevenida, en cuyo caso era el Estado el que se hacía cargo. De hecho, queremos ver en esta determinación como la condición de enfermo pasa al plano principal, correspondiendo su cuidado a los organismos públicos encargados de los mismos. Es además a finales del siglo XIX cuando los poderes públicos se hacen cargo de una manera más activa de los aspectos derivados del control de la salud pública, principalmente a través de los cuerpos de sanitarios locales que comienzan entonces a tomar carta de naturaleza, y de la atención de la beneficencia, con el apoyo de instituciones privadas generalmente de carácter religioso. En este contexto, el enfermo es, de alguna manera, entregado a la administración que de forma natural ha de hacerse cargo del mismo.

Se trata a nuestro entender de un aspecto importante, toda vez que a lo largo del siglo XX, aunque coexiste siempre con la competencia de la Institución Penitenciaria, los servicios de salud encargados de la atención en salud mental son los destinatarios principales de las personas sometidas a medida de seguridad. Así, el enfermo declarado no imputable es acogido en los pabellones de judiciales de los hospitales psiquiátricos, dependientes en general de las diputaciones provinciales.

Paralelamente, la Administración Penitenciaria va contando con dispositivos más medicalizados: el reglamento de 1913 define la “prisión central de dementes” y el de 1930 determina la creación de un verdadero “manicomio penal” en el Puerto de Santa María. La República plantea la creación de un hospital psiquiátrico judicial para enajenados mentales, alcohólicos y toxicómanos, que verá finalmente la luz con el reglamento de 1948, transformado en “sanatorio psiquiátrico penitenciario”, tanto para internados judiciales como para el ingreso de penados con síntomas de patologías psíquicas. El reglamento de 1956, y en alguna medida la reglamentación que le sigue anterior a la actual de 1995, continúa esta tendencia. A partir de 1971, los dispositivos penitenciarios se completan con el centro médico-pedagógico de León –conocido como centro para *oligofrénicos*- el de psicópatas de Huesca y el

Hospital General Penitenciario de Madrid, que poco antes de su clausura en 1995 llegó a contar con una unidad para enfermos psiquiátricos agudos.

En 1984 se creó el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, centro que actualmente se halla en funcionamiento, junto con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, que en 1990 viene a sustituir al viejo sanatorio de Madrid, cuya obsolescencia había aconsejado su cierre ese mismo año.

Hecha esta introducción, hablemos del primer problema: el establecimiento de la disminución o ausencia o de capacidad para comprender la ilicitud del hecho delictivo que conduce a la declaración de inimputabilidad de quien lo comete. Hasta la aprobación del CP de 1995 la imputabilidad no se definía en la ley penal, lo que se resolvía a *contrario sensu* a partir de las causas que la negaban en el artículo 8 del código anterior: enajenación mental y trastorno mental transitorio, minoría de edad y alteraciones en la percepción: todos ellos eran requisitos psicobiológicos que provocaban una anulación del conocimiento y voluntad, que luego se vino en llamar capacidad de comprender la ilicitud de los hechos o de dirigir la voluntad.

En materia de Derecho penal, al hablar de una persona imputable, nos estamos refiriendo a una condición o cualidad del sujeto partícipe en el hecho ilícito y no al hecho en sí mismo considerado o a la situación de un ciudadano en el marco de un proceso penal. Se trata de aquellas condiciones o cualidades biopsíquicas que requiere la norma para que el individuo concreto pueda ser declarado responsable criminalmente, exigencia que remite a que la persona tenga capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado y de actuar en los términos requeridos por el ordenamiento jurídico. Son las facultades que designamos como conciencia y voluntad. Como es sabido, el artículo 20, en el capítulo destinado a las causas que eximen de la responsabilidad criminal, señala que está exento de responsabilidad criminal *"el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión"*. El artículo 60, por su parte, aunque en sentido distinto, comparte la misma esencia cuando dice que *"cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad..."*

Aparentemente, el escenario está claro: un individuo que no comprende la ilicitud del hecho cometido o que deja de comprender su situación de reclusión no debe ser sometido a un régimen penal ordinario y si hacer primar la necesidad de un tratamiento médico. El conflicto se presenta sin embargo a la hora de establecer que se dan los requisitos que la ley prevé, y en este sentido, la cuestión no está exenta de valoraciones subjetivas. En efecto, el enfermo mental, como en otra medida el toxicómano, es un enfermo a la vez molesto y temido, por cuanto se le suele atribuir una peligrosidad sólo pendiente de un equilibrio inestable, y las medidas de seguridad –no lo olvidemos- obtienen su fundamento no en la culpabilidad en sí, como las penas, sino precisamente en la peligrosidad que para terceras personas puede tener ese enfermo.

Ahora bien, contestemos antes de seguir a estas tres preguntas. ¿Es necesariamente peligroso el enfermo mental? Y también ¿Es necesariamente cierto que el enfermo mental que ha cometido un delito reincidirá sin duda? Y finalmente ¿La existencia de una enfermedad mental cualquiera implica necesariamente una merma, siquiera parcial, de la responsabilidad? La respuesta ha de ser en los tres casos negativa.

En primer lugar, la enfermedad mental es un concepto amplio que engloba una gran cantidad de categorías nosológicas, desde el retraso mental a los trastornos de la personalidad, pasando por las distimias, los trastornos bipolares, la esquizofrenia en todas sus formas, las toxicomanías y otras entidades. Si cometemos el error de meter todas las categorías en el mismo saco, en las prisiones españolas la proporción de internos que etiquetaremos como enfermos mentales será sencillamente descomunal, aunque sólo sea a expensas de la drogadicción. Si por el contrario, prescindimos de estos últimos y los derivamos, a la vez que los trastornos de la personalidad, hacia abordajes más específicos y coherentes, el número de pacientes no es demasiado superior al de la población general, siendo precisamente el tipo de enfermo cuya potencial peligrosidad puede controlarse mejor con un seguimiento y tratamiento médico adecuados. Dicho de otra manera, el enfermo mental propiamente dicho, convenientemente tratado, tiene alta probabilidad de no delinquir primero, y de ser consciente de su problema después. En este sentido, se puede afirmar que, puestos a temer el peligro, los cuerdos son habitualmente bastante más peligrosos, tanto en número absoluto como en proporción.

La segunda respuesta se deduce de la primera: cuando la enfermedad altera *realmente* la percepción de la realidad y cuando *realmente* está en el origen del delito, si el enfermo es tratado como es debido, la probabilidad de reincidencia disminuye o desaparece. Y aquí enlazamos con la tercera, porque la enfermedad mental sólo debería constituir motivo de alteración de la responsabilidad cuando *realmente* el origen del delito esté en ésta, lo que no ocurre siempre: una esquizofrenia paranoide, por ejemplo, puede conducir a un delito inducido por su delirio, pero igualmente, el mismo enfermo puede cometer un delito independiente del contenido de ese delirio. En ambos casos el enfermo ha de ser tratado, pero en el marco de consideraciones penales diferentes. En el primer caso deberá primar el componente médico. En el segundo, será susceptible de condena por su delito, sin perjuicio de que su problema de salud sea abordado por los servicios médicos penitenciarios. Son frecuentes las sentencias donde en una misma frase se afirma que quien tenía anuladas totalmente sus facultades intelectivas y volitivas cometió el delito "con evidente intención de...", lo que, obviamente parece una contradicción flagrante.

¿Qué ocurre no obstante en el contexto del enjuiciamiento? Como es natural, al tener que recurrir al criterio médico, el tribunal ha de basarse en las peritaciones realizadas por técnicos en la materia, habitualmente médicos psiquiatras o forenses, psicólogos en menor medida, y en el caso de la llamada enajenación sobrevinida, la opinión también de médicos o equipos de tratamiento penitenciarios. Aquí confluyen generalmente varios factores que a mi entender alteran sensiblemente el desarrollo de los procesos. Por un lado, la propia ideología de jueces y peritos, entendiendo la palabra en un sentido amplio, como el conjunto de ideas y creencias de las personas, y aquí nos referimos fundamentalmente a esa idea ya citada que atribuye al loco una

mayor peligrosidad. En el caso de los tribunales, la idea que previamente pueda subyacer en relación con los enfermos mentales se ve igualmente influida por las consecuencias de lo que se ha venido en llamar "alarma social", más acusada siempre con esta categoría de delincuentes. En segundo lugar, la formación de los peritos y en muchas ocasiones, los intereses que defienden: gran cantidad de informes forenses adolecen de falta de rigor en los conocimientos psiquiátricos y se mueven en un contexto de tópicos y lugares comunes, tanto en el diagnóstico como en las soluciones propuestas. En otros casos, los peritos argumentan de la suerte que buscan y obtienen la eximente dando por hecho que la misma es lo mejor para el cliente. Nada más lejos...o nada más lejos en muchos casos. Finalmente, la dificultad de efectuar un seguimiento digno y reglado de un enfermo, cuyo abordaje coordinado desde el servicio de atención primaria y el nivel especializado debe hacerse tanto en el enfermo psicótico como en el enfermo cardiópata, o la intención simplemente de librarse de un sujeto conflictivo, llevan a los centros penitenciarios a forzar un artículo 60 no siempre médicamente justificado. En la práctica y por todas las vías, los psiquiátricos penitenciarios acaban albergando personas que jamás deberían haber sido ingresadas en este tipo de dispositivo: toxicómanos, psicópatas, epilépticos, discapacitados psíquicos, y también ingresos que, estando justificados durante el período agudo, prolongan su estancia más allá de lo médicamente adecuado.

Porque este es otro problema a la hora de abordar las medidas de seguridad. Si antes de 1995 primaba la concepción médica –ingreso hasta la curación, y por lo tanto *sine die*- en la actualidad lo hace el criterio penal: no más tiempo de ingreso que el que hubiese correspondido a la pena prevista para el delito, aunque, eso sí, con una aplicación casi sistemática del extremo más alto del intervalo. Como es natural, si la situación anterior podía convertirse en una cadena casi perpetua, la actual no es mucho más feliz: el alta médica que en cualquier hospital es la puerta habitual de salida deviene imposible ante la rigidez del tiempo asignado en función del delito, y en unas patologías donde el alta por mejoría –y no por curación- es la norma, las modificaciones de la situación penal y penitenciaria son escasas. El médico, sabedor de las dificultades existentes en el exterior para llevar a cabo un seguimiento reglado y eficaz en un marco familiar o ambulatorio, teme también la reincidencia y la propia responsabilidad si ésta se produce, de ahí que lo habitual es que los informes semestrales a la autoridad judicial no suelen plantear modificaciones sustanciales y se multiplican hasta la excarcelación ordinaria.

En cualquier caso, en este contexto médico-penal la problemática del enfermo mental se extiende también a otros escenarios: el primero, derivado de lo que hemos dicho anteriormente, gira alrededor del lugar donde deben cumplirse las medidas de seguridad con el fin de asegurar el tratamiento médico. El segundo escenario es el de las competencias de las distintas administraciones. Ambos, como veremos, están profundamente interrelacionados.

Hablemos del primero: la ley no presupone un lugar concreto para el cumplimiento de las medidas de seguridad. Se limita a proponer los que llama "centro adecuado", aunque el artículo 96 del Código Penal enumere los más habituales. La cuestión es cual es ese centro y donde se halla. La Administración Penitenciaria cuenta, como se ha dicho, con dos establecimientos de carácter psiquiátrico, incluidos en el catálogo nacional de hospitales. Si olvidamos por un momento todo lo expuesto

referente a las dificultades para dar el alta en los casos en los que el ingreso estaba médicamente justificado, nos encontramos con unos dispositivos periféricos lejanos las más veces del entorno familiar del enfermo, y cuyo componente penitenciario, aunque atenuado, sigue estando presente. Pero es que además, al ser los únicos dispositivos aptos para ingresar las eximentes completas, son también los únicos que la Administración Penitenciaria puede ofrecer aunque la misma se haya aplicado a un toxicómano, un discapacitado, un trastorno de la personalidad o incluso una demencia orgánica. Es cierto que la reglamentación penitenciaria todavía habla de la posibilidad de unas denominadas Unidades Psiquiátricas que, habilitadas en centros ordinarios, podrían ocultar su condición carcelaria, al menos en teoría. En la práctica, este tipo de unidades corre el riesgo de convertirse en lugares de simple y llana segregación, al estilo de los sidatorios que no hace muchos años aun se reclamaban para aislar a los afectados del resto de los internos, y, de hecho, la política de programas específicos de salud mental en los centros penitenciarios es mucho más eficaz al buscar precisamente el seguimiento y control de los enfermos, su integración con el resto de los reclusos y por lo tanto su rehabilitación.

La primera reflexión es pues que el tratamiento, si procede, ha de hacerse en un lugar adecuado para ello. En ningún caso es adecuado un centro psiquiátrico, penitenciario o civil, para un trastorno antisocial de la personalidad; en este caso, el abordaje que puede hacerse en una prisión ordinaria es probablemente mucho más útil. Lo mismo ocurre con un politoxicómano, por más que su condición pueda haber influido en el delito, hasta que esté en condiciones de adaptarse al régimen más acogedor de un centro específico de rehabilitación, lo que no tiene porqué ocurrir necesariamente. Y que decir de personas que, presentando desde su nacimiento un retraso mental más o menos importante, y cuya curación es sencillamente imposible, pasean por el patio de la cárcel o del manicomio expuestos a las agresiones del resto, cuando tal vez lo indicado era un centro de educación especial o directamente un control familiar con el apoyo, hoy tantas veces ausente, de las administraciones sanitarias y sociales públicas.

¿Pero dónde encontrar esos centros o esos apoyos? Aquí llegamos al último escenario. Aunque por vías distintas, el fundamento de las penas y de las medidas de seguridad es el mismo: evitar el delito, proteger a la sociedad y lograr la reeducación y reinserción social, y los tribunales que las aplican no son responsables de la escasa oferta de dispositivos. A esta deficiente oferta contribuyen dos factores: por un lado, y aunque parezca una afirmación redundante, la escasez en sí misma: la reforma psiquiátrica llevada a cabo en los años 80', partía de la evidencia histórica de que los antiguos manicomios no eran sino meros almacenes de locos en los que la atención médica se deterioraba sin remedio, previéndose la puesta en servicio de una serie de dispositivos físicos y organizativos, intermedios entre la hospitalización en medio cerrado y la ausencia de tratamiento, y capaces de ofrecer soluciones terapéuticas sin anular o desarraigar al individuo. Estos dispositivos nunca se desarrollaron de acuerdo con las necesidades objetivas de atención médico psiquiátrica que precisaba la población española, sino que han quedado en precario, masificándose con celeridad. Además, la disminución de camas destinadas a ingresos de larga estancia ha sido una constante, una de cuyas consecuencias inmediatas ha sido la derivación al dispositivo penitenciario. La oferta también escasa de servicios y centros sociales dirigidos a otras situaciones, como las discapacidades o las conductas adictivas, reducida en ocasiones a organizaciones privadas no siempre sin ánimo de lucro, ha conducido a un aumento de la prisionización tanto del enfermo mental en sentido estricto como de otros colectivos asimilados a éste.

En segundo lugar, la insuficiente oferta se explica por la escasa disposición que muestran las administraciones sanitarias hacia las personas sometidas a medida de seguridad, y esto hay que decirlo sin ambages. Con raras excepciones, las administraciones sanitarias no reconocen como propio al enfermo que procede de un juzgado o de una cárcel, y tanto los profesionales como los gestores responsables de los servicios de salud mental suelen alegar insuficiencia de plazas, lo que con frecuencia es cierto, o de medios de contención para unos enfermos que presumen fuente de riesgo. Sin embargo, este planteamiento no hace sino perseverar en el mito de la inevitable peligrosidad del enfermo mental o del discapacitado psíquico por el hecho de serlo. De hecho, cuando hablamos de contención, o de alta contención, nos referimos fundamentalmente a la necesidad de custodia, es decir, a evitar que el sujeto pueda eludir un internamiento judicialmente ordenado, pero en ningún caso a una contención de carácter físico o químico encaminada a la prevención de actitudes violentas. En este sentido, la mayor parte de las instalaciones de internamiento psiquiátrico de los hospitales generales o monográficos cumplen los requisitos mínimos exigibles para lograr ese objetivo. Otra cosa son los problemas de tipo económico o de índole laboral que puedan generarse, que evidentemente no deberían interferir en el proceso asistencial de enfermos sometidos a un control específico.

En cualquier caso, sean o no justificados los inconvenientes, entendemos que la responsabilidad en la atención médica o especializada a personas que han sido absueltas por los tribunales al apreciarse que procede una eximente completa ha de ser compartida entre la Administración Penitenciaria y las administraciones sanitarias, debiendo en todo caso reservarse la primera para aquellos casos de más larga duración o cuya peligrosidad pueda determinarse con una objetividad mayor, circunstancia que en ningún caso debe ser más duradera que lo que dicte la evolución médica y el sentido común.

En conclusión, la problemática derivada del abordaje de los enfermos mentales o discapacitados psíquicos a los que se aplica una medida de seguridad gira alrededor de varios ejes.

1. El rigor con el que se aplican las medidas de seguridad. En este sentido, el concepto de inimputabilidad, ya sea total o parcial, está dando cobertura a situaciones muy dispares: cuadros psicóticos graves, trastornos de la personalidad, discapacidades, toxicomanías –incluyendo delitos del maltrato asociados al alcohol- y otras. La experiencia que se recoge en los centros penitenciarios evidencia una amplia muestra de informes técnicamente discutibles que conducen a la aplicación de eximentes a personas cuya conciencia de la ilicitud de la conducta es meridiana. Hay que insistir en este punto en que el padecimiento real de una enfermedad mental de tipo psicótico no tiene porqué estar en contradicción con la conciencia del delito. Por otra parte, en las conductas derivadas de un trastorno de la personalidad, la conciencia del delito es la norma.
2. La concordancia sesgada entre la duración de la medida y la pena correspondiente al delito, que la mayoría de las veces conduce a un mayor

tiempo de sujeción y que en la práctica es independiente de la evolución clínica y del criterio médico.

3. Las dificultades de coordinación entre administraciones derivadas tanto de la escasez de recursos apropiados a cada situación como de la voluntad política. La escasez de recursos adecuados conduce inevitablemente a la utilización de recursos inadecuados: toxicómanos o personalidades psicopáticas en centros psiquiátricos, discapacitados psíquicos en centros psiquiátricos o prisiones ordinarias, etc. Esta falta de recursos es particularmente importante en aquellos casos cuyo manejo ambulatorio o familiar sería de elección.
4. Una persona a la que le ha sido suspendida la pena debería salir del sistema penitenciario y pasar a depender del sistema sanitario al menos mientras persista la situación de enajenación probada. Por todo ello, es necesario una asunción clara de competencias por todas las administraciones implicadas como paso previo a la necesaria delimitación de obligaciones y coordinación entre todas ellas.

Para finalizar, cabe decir que la realidad actual supone el aumento permanente de la prisionización de enfermos y discapacitados, así como la psiquiatrización de situaciones no susceptibles de ello, con el consiguiente despilfarro de recursos. La puesta en marcha de más plazas en el ámbito penitenciario, lejos de mejorar la situación, perpetuaría un modelo que ignora la prevención y que se sustenta sobre paradigmas que deberían estar superados. Es necesario un giro profundo que se asiente sobre varios puntos:

- Asunción por parte de todas las administraciones implicadas de sus responsabilidades en el cuidado de los ciudadanos aquejados por problemas mentales o discapacidades psíquicas, tanto en materia preventiva como asistencial y rehabilitadora, incluso de aquellos que en algún momento vean aplicada una medida de seguridad.
- Reflexión profunda sobre el concepto de inimputabilidad y su relación real con los cuadros patológicos susceptibles de estar en el origen de su apreciación, con definición de criterios médicos no basados exclusivamente en el diagnóstico.
- Definición clara del tipo de dispositivo adecuado para cada caso, partiendo del principio de que los establecimientos hospitalarios psiquiátricos no lo son en todos los casos, ni los psiquiátricos penitenciarios en ausencia de alternativa.
- Establecimiento de equipos periciales médico-psicológicos para el asesoramiento de los tribunales sobre la base de criterios comunes.

- Creación de órganos autonómicos de análisis de casos en los que se hallen representadas la administración sanitaria, la administración penitenciaria y el poder judicial a través de los juzgados y fiscalías de vigilancia. Estas comisiones tendrían competencia para estudiar la evolución de las personas sometidas a medidas de seguridad en su ámbito territorial y para proponer cambios de destino o situación en función de los informes recibidos de los médicos tratantes o de las exploraciones llevadas a cabo por propia iniciativa, contando con todos los dispositivos disponibles.
- Competencia de la administración penitenciaria para disponer el lugar de cumplimiento de las medidas de seguridad por eximente incompleta en función de la evolución clínica o conductual.

Mi intervención acaba con estas reflexiones. No obstante, no quiero terminar sin exponer brevemente algunos ejemplos de la situación que he comentado.

CASO 1

Delito: 2007. Maltrato familiar: agresión a la cónyuge. Eximente incompleta.

Enfermedad teórica: brote esquizofrénico secundario a incumplimiento de tratamiento.

Enfermedad real: esquizofrenia paranoide, abuso de alcohol y de cannabis (informe 2007).

Situación clínica actual (informe 2010): Compensado y consciente. Diagnóstico: trastorno límite; dependencia al alcohol y consumo de cannabis.

Valoración de Sanidad Penitenciaria: cumplimiento en centro ordinario, con control médico-psicológico.

El Servicio de Salud comunitario no ofrece alternativa y propone un psiquiátrico penitenciario.

Resolución judicial final: ingreso en psiquiátrico penitenciario.

CASO 2

Delitos:

- Año 2001. Robo con efracción. Motivado por el "afán de lucro" según la sentencia. Eximente completa.
- Año 2002. Cómplice en robo de escasa importancia. Eximente incompleta.

Enfermedad teórica: esquizofrenia.

- Año 2003. Agresión y robo. Eximente completa.

Enfermedad apreciada: retraso mental.

Enfermedad real: retraso mental, politoxicomanía, ideas delirantes (situación médicamente compensada).

Propuesta judicial: psiquiátrico penitenciario.

CASO 3

Antecedentes: Maltrato familiar.

Delito: Quebrantamiento de orden de alejamiento (le envía un SMS a su ex pareja). Eximente incompleta. Medida de 6 meses.

Enfermedad teórica: trastorno límite.

Enfermedad real: la misma

Planteamiento previo del Tribunal: cumplimiento en Centro de Salud de la Comunidad Autónoma en régimen ambulatorio. La familia comparte el planteamiento y propone un lugar concreto.

Respuesta de la Comunidad Autónoma: sólo admiten ingresos que sean voluntarios, sugiriendo un hospital psiquiátrico penitenciario.

Resolución judicial final: hospital psiquiátrico penitenciario.

CASO 4

Delito: Año 2008. Ante una situación previa de “escándalo público”, que finalmente no se contempla en sentencia, se produce un forcejeo con la policía local: insultos, lesiones leves. Delito de atentado. Eximente completa. Medida de 8 meses.

Enfermedad teórica: esquizofrenia residual, sin control médico en personas sin hogar que vive en la calle. Ausencia de seguimiento por parte de ningún servicio de salud.

Enfermedad real: la misma.

CASO 5

Delito: Año 2008. Atentado a los agentes que le identifican. Eximente completa.

Sentencia: 5 años de tratamiento en centro cerrado, “tiempo que se considera necesario para la curación”, que coincide con la condena impuesta.

CASO 6

Hechos: Año 2005. Esquizofrénico controlado, circunstancia conocida en su localidad.

Acusado sin fundamento alguno de haber robado un móvil por un policía local, que le agarra del brazo ante lo que el interesado se defiende. Forcejeo. Delito de atentado. Eximente completa. 6 meses de internamiento en psiquiátrico.

El informe forense se basa en presupuestos teóricos más que en una exploración adecuada del interesado. *“Los esquizofrénicos pueden cometer toda clase de delitos, que suelen ser consecuencia de la naturaleza de su enfermedad, primordialmente de la pérdida de contacto con la realidad y del intenso trastorno de la afectividad. En clara dependencia con estas dos características, los enfermos cometen a menudo delitos de desacato, resistencia y atentado a la autoridad: agresión a agentes de la autoridad al ser identificados o interrogados o, en el ámbito castrense, insubordinación y fugas, abandono de servicio o desertión.*

CASO 7

Delito 1. Atraco con arma blanca. Capacidad cognitiva y volitiva *disminuidas*. Eximente incompleta.

Delito 2. Atraco con arma blanca. Prácticamente simultáneo en el tiempo. Distinto juzgado. Capacidad cognitiva y volitiva *nulas*. Eximente completa, a pesar de una "evidente intención de obtener un beneficio patrimonial ilícito".

Diagnóstico: esquizofrenia paranoide.

CASO 8

El acusado, cocainómano, conduce un automóvil lleno de droga en un doble fondo y realiza personalmente gestiones de embarque para trasladarlo a la península.

Eximente incompleta por tener alteradas sus facultades volitivas a causa de su dependencia a la droga

CASO 9

El acusado insulta a su cónyuge y le da un pellizco en un lugar público.

Enfermedad: delirio celotípico.

Sentencia: Eximente incompleta. 3 meses de condena y 5 años de tratamiento ambulatorio para que se “cure”.

Ahora sí. Muchas gracias por su atención.