

DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD A LA SEGURIDAD DE LA MEDIDA:

Desde la violencia hacia el respeto a la dignidad de las personas con trastorno mental en el sistema penal

Viviane Monteiro

La locura es un lenguaje utilizado para ejercer control social sobre la base de la construcción de lo que es normal y lo que es anormal. Este control, tradicionalmente destinado a la segregación de los diferentes, no ha sufrido grandes cambios en la actualidad, no obstante los avances de la ciencia médica y la farmacología (Carrara, 1998). El resultado de esta actuación sistemática es la marginalización y la segregación, a las cuales se suma el sufrimiento mental que ya viven estas personas (Monteiro, 2015).

Si se realiza el mismo análisis dentro del contexto jurídico penal, se percibe que no escapa a la lógica descrita, especialmente cuando se establece lo que Zaffaroni llama de *dualidad de los tratos penales* y se ejerce un control penal diferenciado de acuerdo con la calificación del sujeto que cometió el delito: amigo o enemigo, igual o diferente, o, como prefiere el autor, “la represión penal siempre se ejerció de modo diferente, según sus destinatarios fuesen *iguales o extraños*” (Zaffaroni, 2006, p. 1.122). En efecto, la escuela positivista, creadora de la medida de seguridad, fue una gran motivadora del trato desigual que fue puesto en práctica por el Derecho Penal, que consideraba al criminal como alguien biológicamente inferior y que afirmaba que, el Derecho Penal actúa en favor del criminal y no de la sociedad, como debería. En la actualidad, lamentablemente se mantiene la misma actuación penal excluyente del s. XIX, en contra de todos los logros de las ciencias humanas, de la medicina y del Derecho, sobre todo en lo que se refiere a los derechos humanos (Monteiro, 2015).

La existencia de la medida de seguridad evidencia que el Derecho Penal tiene claramente dos pesos y dos medidas: los iguales tienen acceso a los derechos y garantías del sistema jurídico nacional e internacional, mientras que los diferentes, los que tienen trastornos mentales, son vistos como peligrosos, como amenazas –no como seres humanos– y, consecuentemente, son vistos y tratados por el Derecho de la misma forma determinista de siglos atrás.

Los enfermos mentales que cometieron delitos son una población que sufre múltiples victimizaciones: Primero por pertenecer a las clases sociales más pobres, después por sufrir con una enfermedad mental y no tener acceso a un tratamiento eficaz de salud mental, aún como personas privadas de libertad y, finalmente, como personas sometidas a medicación forzada. En el cumplimiento de las medidas de seguridad son nuevamente victimizados, una vez que el tratamiento previsto en la norma se da conforme al antiguo e ineficaz modelo manicomial. La gestión de este proceso, que el propio Código Orgánico Integral Penal (COIP) entiende como tratamiento de salud, extrañamente no está bajo la competencia del Ministerio de Salud y de los médicos, sino de los todavía inexistentes Jueces de Garantías Penitenciarias.

En la República del Ecuador, el COIP prevé que la medida de seguridad consiste únicamente en el internamiento en un hospital psiquiátrico, no exigiendo la creación de los Hospitales de Custodia y Tratamiento, u Hospitales Judiciarios, como son llamados en Italia. Tomando en cuenta que existe un número bastante reducido de instituciones públicas de atención a la salud mental en el Ecuador, con la

predominancia en esta área de instituciones particulares filantrópicas¹, los pacientes que cumplen medidas de seguridad son destinados únicamente a dos locales de atención en todo el país: el Hospital Julio Endara en Quito y el Instituto de Neurociencias en Guayaquil (MSP, 2014, pp. 20-23).

La aplicación de la medida de seguridad presupone que existe un injusto penal – hecho típico e ilícito – cometido por un sujeto no culpable, aspecto que implica que no se puede hablar en delito ante la falta uno de sus elementos, la culpabilidad. Entendiendo que la causa de exclusión de la imputabilidad es la presencia de un trastorno mental, entonces se verifica la peligrosidad de la persona y se debe aplicar, en consecuencia, una medida de seguridad. Sobre este particular, llama la atención el hecho de que el párrafo segundo del art. 76 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) dispone que el informe psiquiátrico debe acreditar la necesidad y la duración de la medida. En este caso, se entiende que la peligrosidad es real y debe ser comprobada por el perito psiquiatra.

Lamentablemente el legislador ecuatoriano no se preocupó en especificar el término del cumplimiento de la medida, una vez que no hay ninguna norma procesal o sustantiva que reglamente cómo debe finalizar el internamiento. En rigor de verdad, ni siquiera se designó a la autoridad responsable por la ejecución de la medida de seguridad y mucho menos se delineó un mecanismo de control. Lo que se infiere de la interpretación sistemática de los dispositivos del COIP, a partir del análisis de la *disposición transitoria vigésimo primera* es que el responsable sería el Juez de Garantías Penitenciarias.

Dada la falta de previsión de límites temporales de aplicación de la medida de seguridad, el COIP se circunscribe a establecer que el informe psiquiátrico que fundamenta la necesidad de la medida también debe establecer su duración. Aunque en la Constitución del Ecuador no hay previsión de restricción a las penas perpetuas, el artículo 59 del mismo COIP impone un límite de cuarenta años para las penas privativas de libertad, por lo que la analogía con las medidas de seguridad sería muy pertinente, como un mínimo que se podría garantizar.

Se debe tomar en cuenta que no hay lugar en el Estado Constitucional para tal trato discriminatorio. Esto implicaría el forzoso reconocimiento de que el Código Penal está por encima de la Constitución y de los parámetros normativos internacionales sobre derechos humanos. Lo que se observa es una ofensa a los principios del Estado Constitucional de Derechos y Justicia, los cuales garantizan el respeto a la dignidad de la persona humana sin excepción, no comportando ningún tipo de discriminación (Monteiro, 2015).

De esta forma, los principios de la proporcionalidad y de la igualdad, fundamentales para el Estado Constitucional, se encuentran flagrantemente vulnerados, una vez que una persona imputable, que entiende sus actos y los elige libremente, si comete un delito grave, como un homicidio o una violación, aún así, tendrá derecho a todas las garantías penales (una pena fija conocida, progresión de régimen, libertad condicional, entre otras); y, a su vez, el inimputable, no entendiendo sus actos o no siendo libre para elegir su conducta sin importar la gravedad del delito, un pequeño hurto o un homicidio, recibe la misma respuesta penal, una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico por tiempo indeterminado. Sobre este tema en particular, Ary Queiroz Vieira Júnior alerta que “debemos analizar tanto la desmesurada desproporcionalidad, tanto cuanto denunciar y repudiar la inicua discriminación que se hace entre imputable e inimputable, impidiendo este de saber cuáles son los límites de la actuación estatal en la ejecución de la medida preventiva que va estar el sujeto a cumplir” (Queiroz, 2007, p. 5).

¹Ministerio de Salud Pública. *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)* – con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Ecuador: MSP, 2014, pp. 20-23

Sobre el tratamiento de salud ministrado, recientemente el 25 de julio del 2014, hubo una modificación importante en Ecuador sobre las referencias de tratamiento en salud mental, las cuales fueron adoptadas a través del Modelo de Atención de Salud Mental y del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, ambos de iniciativa del Ministerio de Salud Pública ecuatoriano. El modelo de atención a la salud mental implica el reconocimiento de que el acceso a la salud mental es visto bajo un enfoque de derechos humanos y la consecuencia es que el Estado tiene la obligación de viabilizar el ejercicio de los mismos. La salud mental es un instrumento irrenunciable para la efectividad de la ciudadanía y los ciudadanos deben hacerse corresponsables de la promoción de la misma, por esto la participación social es uno de los principios que guían la actuación del Estado, pero no es el único responsable, el individuo debe también ser responsable de su salud mental conjuntamente con la familia y la sociedad. Sin embargo, no hay ninguna previsión de que dicho modelo de atención sea aplicado a las personas con trastorno mental que cometieron delito, lo que representa, una vez más, una discriminación injustificada.

La Organización Mundial de Salud (OMS) hace las siguientes recomendaciones sobre la atención a la salud mental: reducir el número de hospitales psiquiátricos, establecer servicios comunitarios de salud mental, crear servicios de salud mental en hospitales generales, integrar la salud mental en la atención primaria de salud, colaboración con los servicios comunitarios de salud no formales, promover el auto cuidado, y fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial.²

Del mismo modo, la Declaración de Caracas reconoce que la atención psiquiátrica convencional, o sea, la internación en un hospital, no es compatible con el respeto a los derechos humanos de los pacientes y que el sometimiento de las personas a esta forma predominante de tratamiento, en vez de constituir una ayuda para su resocialización, disminuye su capacidad para vivir en sociedad (OMS, 2008)³. Tales críticas reafirman el argumento de que la hospitalización psiquiátrica, tal como ocurre con las personas sometidas a la medida de seguridad, no es capaz de tratar o recuperar a estas personas.

Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) plantea que las organizaciones internacionales de derechos humanos reconocen que los hospitales psiquiátricos son violadores de estos derechos y realizan una labor ineficaz en el tratamiento de enfermedades mentales (CIDH, 2001).

En el escenario de la medida de seguridad en Ecuador se pueden observar algunas cuestiones muy desafiantes. La primera es la falta de control y acompañamiento del cumplimiento de estas medidas, lo que se observa por el hecho de que el 88% de las personas internadas actualmente en la ciudad de Quito, no tienen una sentencia judicial que imponga tal medida. De éstas, 65% entraron en los últimos dos años y 35% están internadas por más de tres años, destacándose que 9% de estas personas se encuentra en medida de seguridad hace más de diez años sin que su proceso haya culminado.

Otro punto que se destaca es la centralización de la atención, una vez que 61% de las personas que están cumpliendo medida de seguridad en el Hospital Julio Endara son provenientes de otras provincias. Este escenario genera dos consecuencias principales: una es la pérdida gradual de los vínculos sociales y familiares, y esta pérdida impacta directamente en el aplazamiento del internamiento, una vez que el sujeto pierde las referencias de contacto afectivo y, en contrapartida no tiene quien reclame su presencia en el mundo externo al hospital.

²Organización Mundial de Salud. *World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global experience*. Suiza: OMS/WONCA, 2008. (OMS, 1990, p. 1)

³ *Ibid.*

Por fin, no se puede argumentar a favor de que estas personas sigan detenidas por tiempo indeterminado, sometidas a un tratamiento sabidamente ineficaz sin que siquiera hayan sido culpables de sus actos. Se impone, por lo tanto, la conclusión de que, para ser coherentes con el principio de igualdad y no discriminación y todos los demás presentes en la constitución, el Estado tiene la obligación de ministrar el tratamiento de salud mental según el modelo vigente a los ciudadanos ecuatorianos que cumplen medida de seguridad. O, en otras palabras, el Estado ecuatoriano no está autorizado a ministrar a estas personas tratamiento de salud sabidamente generador de violaciones a sus derechos humanos y no apto para alcanzar el fin a que se destinan las medidas de seguridad: “superar la perturbación y la inclusión social” (art. 76, COIP).

En efecto, si las medidas de seguridad tienen como objetivo el tratamiento de la enfermedad, así como viabilizar la inserción social de las personas, el Estado tiene que utilizar los medios más eficaces y eficientes para tanto. La respuesta ya fue dada por el mismo Estado a través del Modelo de Atención a la Salud Mental y este debe ser aplicado sin restricciones a todas las personas actualmente sometidas a la institucionalización manicomial en Ecuador.

En este contexto, vale la pena analizar la experiencia del Programa de Atención Integral al Paciente Judicial (PAI-PJ) del Tribunal de Justicia del Estado de Minas Gerais, en Brasil, como una iniciativa creada en el año 2000 para acompañar los procesos criminales en los cuales el demandado sufre de trastorno mental, ofreciendo insumos técnicos para auxiliar al juez en las diversas fases procesales con el objetivo de individualizar la aplicación y ejecución de las medidas de seguridad. El proyecto actúa, por lo tanto, de modo intersectorial, intermediando la actuación del juez criminal, la red pública de salud y de asistencia social, al tiempo que ofrece al paciente un acompañamiento clínico, social y jurídico individualizado para cada caso por medio de un equipo interdisciplinario.

El Programa promueve el acompañamiento integral de la persona con trastorno mental de forma interdisciplinaria e intersectorial, individualizando la medida jurídica, promoviendo el restablecimiento de los vínculos sociales y garantizando el acceso a recurso y derechos. Desde el año 2000, 755 personas pasaron por el Programa y han recibido tratamiento hasta la extinción de vínculos con la justicia penal. Mediante este tratamiento, que está de acuerdo con los estándares internacionales sobre salud mental, el índice de reincidencia es de 2% en delitos siempre de menor gravedad y contra el patrimonio, no habiendo registro de reincidencia en crímenes con violencia contra las personas⁴ contra 70% de reincidencia de la población carcelaria “normal”, hecho que contradice la ya tradicional y prejuiciosa concepción de que las personas con trastorno mental son peligrosas (Barros-Brisset, 2010, 116-128)

Referencias Bibliograficas

⁴Organización Mundial de Salud. *World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global experience*. Suiza: OMS/WONCA, 2008. Organización Mundial de Salud. *World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global experience*. Suiza: OMS/WONCA, 2008

- Barros-Brisset, Fernanda (2010), *Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte*. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 20(1).
- Carrara, S. (1998), *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*, Río de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998, citado por De Tilio, R. (2007), "A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais", vol. 17, No. 37, mayo-agosto, Ribeirão Preto, Paidéia.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2001), Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental, en *Informe Anual 2000*, cap. Vid, Discapacidad Mental, OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev.
- Ministerio de Salud Pública (2014), *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque familiar, comunitario e intercultural*, Ecuador, MSP.
- Monteiro, V. (2015), *Enfermedad Mental, Crimen y Dignidad Humana: Un estudio sobre la medida de seguridad en Brasil*, Quito, Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
- Monteiro, V. (2016), *Estado constitucional, medida de seguridad y derecho de igualdad y no discriminación en el sistema penal*, Estado y Comunes: revista de políticas y problemas públicos, Quito, IAEN, pp. 129-150.
- Organización Mundial de la Salud (1990), Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Caracas*, Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), convocada por la Organización Mundial de Salud / Organización Panamericana de la Salud, Caracas.
- Organización Mundial de Salud (2008), *World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global experience*. Suiza, OMS/WONCA.
- Queiroz, A. (2007), *Indeterminação temporal da medida de segurança. Uma análise Constitucional*, año 12, No. 1.602, Teresina, Jus Navigandi, 2007, en *Jus Navigandi*, <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10677>>. Fecha de consulta: 10 de febrero de 2009.
- Zaffaroni, E. R. (2006), La legitimación del control de los 'extraños', en Cancio Meliá y Carlos Gómez-Jara Díez, coord., *Derecho penal del enemigo. El discurso penal de la exclusión*, vol. 2, Buenos Aires, Euros, pp. 1.116-1.147.