

RESUMEN ¹

DEL COMENTARIO SOBRE EL PROYECTO DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

GRUPO DE “ÉTICA Y LEGISLACIÓN” ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)

NOVIEMBRE 2013

Alicia Roig Salas. Psiquiatra (Barcelona)

Ana Moreno. Psiquiatra (Alcalá de Henares)

Onésimo González Álvarez. Psiquiatra (Huelva)

María Eugenia Díez Fernández. Psicóloga Clínica (Asturias)

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra (Madrid)

José Leal Rubio. Psicólogo Clínico (Barcelona)

Fernando Santos Urbaneja. Jurista (Córdoba)

¹ El Grupo de Ética y Legislación de la AEN ha elaborado un amplio informe que puede consultarse en la Página Web de la Asociación.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- CONCLUSIONES

3.- PROPUESTA DE ENMIENDAS

1.- INTRODUCCIÓN

El pasado mes de Marzo se elaboró y publicó el informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre el texto del “Anteproyecto” de modificación del Código Penal.

En dicho informe se hacía una crítica muy severa al conjunto del articulado propuesto en materia de “Medidas de Seguridad”, aplicable a personas con trastorno mental o discapacidad intelectual.

Es preciso reconocer que el Proyecto que ahora vamos a analizar, elimina alguno de los aspectos más negativos que contenía el Anteproyecto, como la medida de “custodia de seguridad” y somete a mayores garantías de contradicción decisiones tan trascendentes y, en nuestra opinión, discriminatorias, como la posibilidad de prorrogar el internamiento por periodos sucesivos de cinco años (Art. 98-3 II)

Pero, más allá de esto, el Proyecto mantiene la misma concepción discriminatoria y excluyente en relación con las personas con trastorno mental o discapacidad intelectual.

El Proyecto de Reforma del Código Penal forma parte de un conjunto de medidas legislativas destinadas a la sustitución apresurada de nuestro precario estado de bienestar por un “estado caritativo” que culminará en un “estado penal”, proceso en el que las políticas sociales están siendo progresivamente sustituidas por políticas de vigilancia y control, que incluye la “contención punitiva” de las categorías sociales más desfavorecidas.

Resulta muy grave la mutación de un “**derecho penal del hecho**” en “**derecho penal de autor**”. La peligrosidad no es un concepto clínico ni psicopatológico. No hay fundamento científico para que los profesionales de la salud mental puedan evaluar la presunta peligrosidad de la persona.

El derecho penal del hecho exige contextualizar las conductas, analizar el hecho delictivo en sus circunstancias y extraer de tal análisis los motivos y las eventuales consecuencias.

El derecho penal de autor permite descontextualizar las conductas, vinculándolas a las características personales del sujeto. El trastorno mental vuelve desde el campo sanitario al jurídico-penal, ya que, antes que enfermedad, es vuelto a considerar peligro ó amenaza.

En este punto cabe recordar:

- La precariedad y provisionalidad de la mayor parte del cuerpo teórico de la psiquiatría, así como las escasas validez y fiabilidad de los diagnósticos.
- La posibilidad de que los enfermos mentales cometan un delito no difiere de los llamados normales.
- Los delitos menores de enfermos mentales que viven en la comunidad no dependen de la enfermedad en sí, sino de sus condiciones de vida.
- No hay un solo dato clínico en que apoyar las detenciones preventivas de personas “peligrosas”, al margen de consideraciones jurídicas.
- Cuando se asocian conducta delictiva y trastorno mental, la respuesta social se funda más en el desconcierto y en los prejuicios que en la evidencia.
- Es inadmisibles la inseguridad jurídica a que vuelven las personas con una enfermedad mental, tanto por la posibilidad de encierro preventivo, predelictual, privación de la libertad fundada en suposiciones, como por la indeterminación de las medidas de seguridad, tanto en su duración como en su naturaleza. Este extremo ha sido criticado unánimemente por la doctrina científica así como por el Consejo General del Poder Judicial.
- Esta legislación entra en confrontación manifiesta con el espíritu y contenido de la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, ratificada por España en el año 2008.

2- CONCLUSIONES

1. Es preciso reconocer que el Proyecto que ahora vamos a analizar, elimina alguno de los aspectos más negativos que contenía el Anteproyecto, como la medida de “custodia de seguridad” y somete a mayores garantías de contradicción decisiones tan trascendentes y, en nuestra opinión, discriminatorias, como la posibilidad de prorrogar el internamiento por periodos sucesivos de cinco años (Art. 98-3 II)
2. Resulta muy grave la mutación de un “derecho penal del hecho” en “derecho penal de autor”.

La peligrosidad no es un concepto clínico ni psicopatológico. No hay fundamento científico para que los profesionales de la salud mental puedan evaluar la presunta peligrosidad de la persona.

El “derecho penal del hecho” exige contextualizar las conductas, analizar el hecho delictivo en sus circunstancias y extraer de tal análisis los motivos y las eventuales consecuencias.

El “derecho penal de autor” permite descontextualizar las conductas, vinculándolas a las características personales del sujeto. El trastorno mental vuelve desde el campo sanitario al jurídico-penal, ya que, antes que enfermedad, es vuelto a considerar peligro ó amenaza.

3. Resulta preocupante la apelación al concepto genérico de peligrosidad, lo que puede repercutir de modo muy negativo en la respuesta penal frente a hechos cometidos por personas con anomalía o trastorno mental debido a la pervivencia (muy arraigada en el ámbito judicial) del estigma que acompaña a estos trastornos.

El Estado podría muy bien prevenir estas situaciones mediante la implantación de un eficaz sistema de intervención sociosanitaria, con una red de servicios de atención en salud mental ya previstos en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad del año 1986 y desarrollada en posteriores textos (Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud - R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud - Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud – 2006 -) cuya implantación resulta aún muy escasa.

Se reivindica de modo especial, la necesidad de disponer de Equipos de Atención Domiciliaria, Enfermería, Tratamientos Asertivos Comunitarios, PSI (en Cataluña), etc..., que puedan con celeridad y accesibilidad, dar una Atención Intensiva a la crisis, allí donde se genere.

A ello habría que añadir una importante modificación del marco conceptual de las políticas de atención en salud mental y un incremento de la sensibilidad respecto de los problemas de este colectivo tan vulnerable.

4. No se advierte en la sociedad un cambio de actitud, en relación con la situación existente al promulgarse el Código Penal de 1995, que justifique la incorporación al Código Penal de medidas tan alejadas de los fines rehabilitadores y reinsertadores previstos en el Art. 25-2 en relación con el Art. 9-2 de la Constitución Española.

5. El Proyecto no toma en cuenta la carencia de medios actual para evaluar conceptos tan complejos como “imputabilidad” y “peligrosidad”.
6. El Proyecto no toma en cuenta la realidad de los “juicios rápidos” donde resulta difícil advertir la presencia de “trastornos” o “anomalías psíquicas” y, en ningún caso, realizar un examen exhaustivo al respecto.
7. Debería aprovecharse la reforma para impedir que las cuestiones relativas a la Imputabilidad y peligrosidad se examinen en el marco de los denominados “Juicios Rápidos”
8. Debería aprovecharse la reforma para permitir que frente a hechos “imputables” cometidos por personas con anomalía o trastorno mental, pudiera tenerse en cuenta esta circunstancia en orden a la posibilidad de imponer medidas de seguridad.
9. Ante todo ello, la AEN quiere hacer llegar su gran preocupación por los efectos hostiles y, nuevamente estigmatizantes, que el anteproyecto de modificación del Código Penal puede suponer para las personas que sufren un trastorno mental. Su aprobación significaría un retroceso, en garantías y derechos conseguidos a partir de la Constitución y sucesivas modificaciones legislativas (Código Penal, Código Civil, Ley de Enjuiciamiento Civil), en las que la AEN participó de modo muy activo.

3.- ENMIENDAS

1. Supresión del Art. 100-2 del Proyecto pues supone una excepción injustificada a la aplicación del denominado “sistema vicarial” (cumplimiento de la medida de seguridad antes que la pena privativa de libertad, en caso de concurrencia de ambas)

Proponemos que se mantenga la aplicación del sistema vicarial en todos los casos, tal y como se contempla en el Art. 99 del Código Penal actualmente vigente.

2. Supresión del Art. 98-3 del Proyecto que permite prorrogar la medida de seguridad de internamiento por periodos sucesivos de cinco años.

Proponemos que se mantenga la equiparación en cuanto a su duración de penas y medidas en los términos previstos en el Art. 6-2 del Código Penal actualmente vigente.

3. Supresión del Art. 103-2 que permite revocar la suspensión de la ejecución en virtud de circunstancias pasadas no conocidas en el momento de la concesión de la suspensión.
4. Modificación del Art. 104-1 b) en el sentido de exigir la condena a pena de más de tres años de prisión como requisito para la imposición de libertad vigilada.
5. Modificación del Art. 104-2 en el sentido de eliminar el término “impondrá” y sustituirlo por el término “podrá imponer” si los informes técnicos que se recaben avalan la imposición de la medida.
6. Supresión del Art. 103-bis-1 dado que las posibilidades de abordar la situación creada por el empeoramiento en el estado de salud mental del enfermo son múltiples y no necesariamente han de pasar por el reingreso en centro psiquiátrico.
7. Supresión del Art. 104-Ter-2 que permite prorrogar la libertad vigilada por periodos sucesivos de cinco años por basarse tal decisión en apreciaciones subjetivas y difusas, contrarias al principio de seguridad jurídica.
8. Inclusión en el Art. 104 bis – 13ª, que, en todos los casos, la sumisión a tratamiento ambulatorio ha de contar con el consentimiento del enfermo.
9. Inclusión entre las medidas de libertad vigilada, los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario con seguimiento individualizado a cargo de los equipos o dispositivos de salud mental a los que el enfermo esté adscrito.