



Miembro de: World Psychiatric Association, World Federation For Mental Health, Mental Health Europe,  
European Psychiatric Association, World Association for Psychosocial Rehabilitation

# **COMENTARIO SOBRE LA PROPUESTA DE ANTEPROYECTO DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD**

**MARZO 2013**

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

**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.- INTRODUCCIÓN**

El Anteproyecto 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**”, en tránsito al “**derecho penal del enemigo**”.

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 siendo de destacar al respecto el contenido del informe preceptivo evacuado por el Consejo General del Poder Judicial

## **2. – EL CENTRO DE LA PRETENDIDA REFORMA**

El hecho de que, el de las Medidas de Seguridad, sea el ámbito más profundamente reformado, da idea de la pretensión nuclear de la reforma, cual es incidir de modo severo en el factor “seguridad”, en detrimento notable del factor “reinserción y rehabilitación social” (Art. 25 C.E.)

Se revitaliza de modo “obsesivo” el concepto de “peligrosidad” que, huérfano en muchos casos de concreciones objetivas, estaría llamado a convertirse en un juicio de valor alimentado por pre-juicios, lo que sitúa la cuestión en términos pre-Constitucionales.

Esto resulta especialmente grave para las personas con trastorno mental. En el ámbito judicial pervive, quizás más que en cualquier otro, la presencia del “estigma”. No hablamos de oídas, sino desde la experiencia.

Hasta que el Código Penal de 1995 estableció una limitación objetiva a la duración de las medidas de seguridad (en atención a la pena establecida para el delito cometido), las personas con trastorno mental a las que se imponía la medida de seguridad de internamiento, permanecían indefinidamente privadas de libertad, en ocasiones en virtud de la comisión de pequeños delitos.

Esta situación fue severamente denunciada por la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en diversos documentos, así como por el Defensor del Pueblo en su célebre informe de 1991 “Sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España”.

Ahora, con la pretendida reforma, se corre el riesgo de que tales situaciones se reproduzcan.

## **3.- ¿POR QUÉ ESTA REFORMA? ¿POR QUÉ AHORA?**

Suele decirse que “*cuando la sociedad cambia, cambia el Derecho*”.

El Código Penal de 1995 (L.O. 10/1995 de 23 de Noviembre) estableció un sistema de respuesta a los hechos delictivos, basado en la dualidad “penas” y/o “medidas de seguridad”, según se apreciase la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto.

De acuerdo con el sistema “vicarial”, en caso de imposición conjunta de penas y medidas (supuestos de imputabilidad disminuida), éstas deben ser cumplidas en primer lugar, quedando el cumplimiento de las penas supeditado al resultado (buen fin o mal fin) del cumplimiento de las medidas (Art. 99 C. Penal)

Por otro lado, resultó muy elocuente la redacción del Art. 60 C. Penal, aplicable a los casos de enajenación “inadvertida” o “sobrevenida”.

Decía así:

**1. 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...**

Este precepto representó una admirable ruptura con el sistema que venía aplicándose hasta esa fecha.

La Consulta 5/1999 de la Fiscalía General del Estado sobre “Problemas que plantea el internamiento de quienes tienen suspendida la ejecución de una pena privativa de libertad por trastorno mental grave sobrevenido a la sentencia firme” se hace eco de la novedad en los siguientes términos:

“Si el juicio que demanda el art. 60 del C. Penal no es juicio de peligrosidad, sino juicio de capacidad de comprensión del sentido y alcance de la pena que sufre, es indudable que sobre ese juicio no se puede sustentar la imposición de una medida de seguridad que venga a sustituir a la pena suspendida.

El auto resolutorio del incidente de suspensión de la ejecución no constituye una decisión jurisdiccional apta para acordar la imposición de medidas de seguridad. Como ha manifestado en varias ocasiones la jurisprudencia del Tribunal Supremo y se recordó en la Consulta nº 1/1989, la medida de seguridad sólo se puede imponer en la sentencia que pone fin al proceso penal tras analizar el fondo de la cuestión relativa a la imputabilidad del acusado en relación con el hecho criminal que se le imputa....

No es admisible por lo tanto que, comprobada la situación de trastorno mental grave del reo y su imposibilidad sobrevenida para conocer el sentido de la pena, el juez o tribunal sentenciador sustituya la pena de prisión por una medida de seguridad de internamiento ni de cualquier otra naturaleza.

**Los señores fiscales demandarán en estos casos la suspensión de la ejecución de la pena y el cese efectivo de toda intervención penal, porque la mención que se contiene en el Art. 60 del Código Penal a la obligación que pesa sobre el juez o tribunal de garantizar al penado la asistencia médica, tiene un sentido exclusivamente asistencial y tuitivo de su persona, absolutamente extraño a cualquier medida institucional de reacción penal”.**

Decimos “representó”, porque la reforma del Código Penal de 2003 (L.O. 15/2003 de 25 de Noviembre) dio una nueva redacción del párrafo primero del Art. 60 del C. Penal, reorientando en cierto modo las cosas a la situación precedente, en la medida en que vuelve a conectar “el recibir asistencia sanitaria precisa” con “la imposición de medidas de seguridad”

En los siguientes términos:

1. 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 de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.**

No obstante, las preguntas fundamentales son las siguientes:

**¿Por qué esta reforma? ¿Por qué ahora?**

**¿Tanto ha cambiado la sociedad española desde el año 1995 hasta el año 2013, como para pasar de un sistema penal dirigido fundamentalmente a la rehabilitación y reinserción social, a un sistema que busca decididamente la exclusión y permanente privación de libertad de quienes, a su parecer, merecen la calificación de “peligrosos”?**

No parece advertirse tal cambio. Es más, en la actualidad a los que los ciudadanos perciben como más “peligrosos” son a los autores y protagonistas de los denominados “delitos de guante blanco” (delincuencia económica, financiera, corrupción, tráfico de influencias, etc.) para los cuales la proyectada reforma contiene preceptos “nada inquietantes”. Es más, la experiencia viene demostrando que cuando en alguna rarísima ocasión se produce una tardía condena, el recurso al “indulto”, más pronto que tarde, viene a colocar “las cosas en su sitio”.

Si, como señalamos, no se advierte en la ciudadanía un cambio de actitud en relación con la situación del año 1995 tendremos que concluir que se trata de un cambio fundamentalmente “ideológico” que pretende utilizar el Derecho como lo que nunca debe ser, “instrumento de dominio” de un grupo sobre otro/s a los que se percibe como “peligrosos”.

En el caso del colectivo de Personas con trastorno mental grave, sin más fundamento que un atávico prejuicio de peligrosidad sin base científica ni estadística.

### **Porque ¿qué delitos cometen estas personas?**

Por lo común se tiende a pensar que las personas con enfermedad mental cometen muchos delitos y muy graves.

Ya se ha argumentado al respecto en cuanto a la “cantidad” de infracciones cometidas, muy por debajo de la que la conciencia social les atribuye.

En cuanto a los “delitos” cometidos, el 90% de las infracciones tienen que ver con incidentes que se producen en los ámbitos donde estas personas habitan, esto es, bien en el domicilio familiar, bien en la calle.

Es un hecho que las personas con trastorno mental grave se encuentran en muchos casos y por distintas razones, “infratratadas” e “infraatendidas” desde el punto de vista sociosanitario.

En algunos hogares, los familiares de los enfermos se ven obligados a soportar tensiones que les ponen al límite de sus fuerzas y de su resistencia física y emocional.

En este contexto se producen “altercados” familiares que cursan con agitación, violencia verbal, etc... que, desde la reforma del Código Penal de 2003, pasaron de la consideración de simple “falta” a la de “delito”, enmarcados en los denominados “delitos de violencia doméstica o familiar” (Art. 153 C. Penal)

Por otro lado, cuando estas personas se encuentran en la calle (en ocasiones viviendo en ella) a veces con la conciencia de la realidad completamente perdida, protagonizan comportamientos extraños o producen molestias que dan lugar a llamadas de solicitando la presencia policial.

La intervención policial, salvo en aquellos casos en los que los Agentes advierten desde el primer momento que se trata de un enfermo y su actuación se dirige a prestarle auxilio y asistencia médica, suele dar lugar a “altercados” y a la incoación de procedimientos por atentando, amenazas, desobediencia, etc..., a los Agentes de la Autoridad.

En el 90% de los casos, estos son los “delitos” que cometen estas personas y que, con la legislación actual y mucho más aún con la proyectada, pueden dar lugar a su “aniquilación personal” por resultar ya casi imposible salir del laberinto que le tiene preparada la nueva legislación penal.

Lo más grave es que todo esto es perfectamente evitable. Muchas de estas situaciones se pueden prevenir mediante una adecuada red de servicios sociosanitarios (algunos previstos ya en la Ley General de Sanidad de 1986), rehabilitadores, laborales, de alojamiento: pisos atendidos, mini-residencias que

puedan permitir en los casos necesarios que el usuario pueda vivir fuera del núcleo familiar, y con mayor autonomía.

Señalar también la importancia de todas estas necesidades puedan incluirse en un eficiente y real “Plan Integral de Salud Mental territorial” que provea además de una atención domiciliaria, accesible y eficaz, demanda ésta también de las Asociaciones de Familiares que compartimos plenamente.

Sigue doliendo mucho la triste afirmación de D<sup>a</sup>. Mercedes Gallizo, que fue Directora General de Instituciones Penitenciarias, en la Introducción al “Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario” (Diciembre 2006)

**“En ocasiones la prisión se utiliza como un recurso de carácter asistencial para estas personas que no han sido tratadas y controladas en su vida en libertad.**

**En este sentido, la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que, en general, deberían ser los utilizados como primera elección”**

Resulta profundamente injusto que el propio Estado que tiene el deber de garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos (Art. 43 C.E) y cuya tradicional inhibición en esta materia provoca que los familiares, los vecinos, etc. de las personas enfermas tengan que asumir cargas muchas veces insoportables, cuando la situación se desborda, no tenga otro recurso que acudir a la intervención penal y a la cárcel.

El grado máximo de crueldad se produce cuando las sentencias, por imperativo legal (Art. 48-2 C. Penal), tienen que imponer entre el enfermo y sus familiares, una orden de alejamiento que éstos en modo alguno han pedido ni desean, solo que su familiar sea tratado adecuadamente desde el punto de vista sanitario, no que ingrese en prisión ni, mucho menos que les impidan además el consuelo de sus visitas y/o de la comunicación telefónica.

#### **4 - LA CUESTIÓN DE LOS MEDIOS**

Es este un aspecto que se omite generalmente en las reformas y en el que no suele repararse pues “se da por hecho” que los medios existen.

De este modo, los Parlamentarios argumentan como si así fuera y los estudiosos de las cátedras no descienden a estos detalles, sin imaginarse siquiera la limitación de medios personales y materiales con que cuenta la Administración de Justicia.

Ocurre, además, que no se trata de analizar una muestra de sangre o de otra sustancia, para lo cual cuentan con medios científicos de extraordinaria utilidad y precisión.

Muy al contrario, los conceptos de imputabilidad/inimputabilidad y peligrosidad son mucho más sutiles, más circunstanciales, más inseguros.

Veamos la redacción del Art. 98:

**El Juez o Tribunal podrá acordar el internamiento en un centro psiquiátrico del sujeto** que haya sido declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, o al que le haya sido apreciado esa eximente con carácter incompleto, **si tras efectuarse una evaluación exhaustiva del mismo y de la acción que llevó a cabo, exista base suficiente para concluir que, debido a su trastorno, es posible prever la comisión por aquél de nuevos delitos y que, por tanto, supone un peligro para la sociedad.**

Resulta un tanto “hueca” la expresión

**“Tras efectuarse una evaluación exhaustiva del mismo y de la acción que llevó a cabo”**

A estas rotundas afirmaciones hay que aplicarles la cautela que encierra la siguiente batería de preguntas: ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por quién?

Los que tenemos la experiencia de la práctica diaria sabemos que las evaluaciones en la mayoría de los casos no son, ni pueden ser “exhaustivas” y que a la postre, los conceptos complejos (el de peligrosidad lo es en alto grado) se llenan con “prejuicios” y resulta que la “peligrosidad del enfermo mental” lo es.

Tiene mucho de mito, no soporta un análisis estadístico en relación a otros colectivos, pero está arraigada en los profesionales del Derecho y esto decide su suerte de modo que, en cuanto a juicio de peligrosidad, el enfermo mental entra en el proceso penal, ya derrotado.

Si el análisis de la peligrosidad (criterio de imposición de la medida) se presenta oscuro en el inicio del proceso, la situación se hace tenebrosa al final.

Me refiero a dos novedades de la reforma:

#### 1.- La posibilidad de prórroga de la medida internamiento psiquiátrico

Una vez cumplida la primera referencia temporal de cinco años, el internamiento puede ser indefinidamente prorrogado (cada cinco años), siendo posible que se convierta en perpetuo.

#### Establece el Art. 98

**3.- El internamiento en centro psiquiátrico no podrá tener una duración superior a cinco años, salvo que se acordare su prórroga.**



**Si, transcurrido dicho plazo, no concurren las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo, el Juez o Tribunal podrá, a petición de la Junta de Tratamiento acordar la prolongación de la medida por períodos sucesivos de cinco años.**

Surgen varias preguntas:

**¿Quién toma la iniciativa para acordar la prórroga? ¿El propio Juez? ¿La Junta de Tratamiento? ¿Con qué criterios?**

2.- La posibilidad de acordar el sometimiento a libertad vigilada una vez alzada la medida de internamiento

**“En otro caso, extinguida la medida de internamiento impuesta, se impondrá al sujeto una medida de libertad vigilada, salvo que la misma no resultara necesaria”.**

La libertad vigilada es una medida que se introdujo para algunos supuestos en la reforma del C. Penal operada en virtud de L.O. 5/2010 de 22 de Junio y que ahora se contempla, como novedad, para los supuestos en que se suspenda el cumplimiento del internamiento psiquiátrico.

Es preciso destacar que la libertad vigilada puede ser dejada sin efecto si se aprecia “evidencia de riesgo”

Establece el Art. 103 bis:

**3.- En el caso de la medida de internamiento en centro psiquiátrico, podrá acordarse también la revocación de la suspensión cuando durante el cumplimiento de la medida de libertad vigilada se pongan de manifiesto circunstancias que evidencien el riesgo de que la persona sujeta a la medida pueda cometer nuevos delitos.**

La única posibilidad de extinción de la medida de internamiento, cuando se ha acordado la subsiguiente medida de libertad vigilada, es que ésta haya llegado a cumplirse plenamente.

Art. 103 Bis

**5.- Ejecutada la medida de libertad vigilada sin que hubiera sido acordada la revocación de la suspensión, quedará extinguida la medida de internamiento inicialmente impuesta.”**

## **5.- OTRAS CUESTIONES A TENER EN CUENTA**

### **1.- ASPECTOS PROCESALES – LA TRAMPA DE LOS JUICIOS RÁPIDOS**

La reforma no tiene en cuenta la realidad diaria de los procedimientos ni lo que en ellos ocurre con gran generalidad.

Hoy, buena parte del enjuiciamiento penal y de los hechos cometidos por personas con trastorno mental grave, se realiza a través de los denominados “juicios rápidos”. En este procedimiento es posible obtener una sentencia firme a las pocas horas de sucedido el hecho, siempre que el sujeto admita que lo que ha cometido y se conforme con la pena que le solicite la acusación, pena que, en atención a esta circunstancia, le será rebajada por el Juez en un tercio, en la sentencia que inmediatamente se dictará.

a) Son tan veloces los trámites que, en muchos casos es difícil reparar en que la persona imputada padece un trastorno mental, de modo que no se toma en cuenta esta circunstancia.

Al tratarse de un supuesto de “enajenación inadvertida” se aplica al sujeto la normativa prevista para las personas imputables, con imposición de las penas correspondientes sin posibilidad de aplicar medida de seguridad alguna.

b) En algunos casos sí se detecta la existencia de una anomalía o trastorno mental. En estos casos lo procedente sería poner fin al enjuiciamiento “rápido” y encauzar el asunto a través del enjuiciamiento ordinario.

Sin embargo en la práctica esto no es frecuente.

Las hipótesis que pueden darse son variadas.

\* Conformidad con la aplicación de una eximente completa o incompleta con imposición de medida de seguridad de internamiento

\* Conformidad con aplicación de una mera atenuante

\* No conformidad con la pena o medida solicitada por la acusación lo que conlleva el señalamiento de juicio a celebrar en un plazo de quince días.

Lo que queremos poner de relieve es que, en los primeros casos (conformidad), el juicio de “inimputabilidad” plena o parcial no puede ser en modo alguno “exhaustivo”. A lo sumo se pondrá contar con un somero examen por el Médico Forense.

En el tercer caso (no conformidad), existe un breve plazo de tiempo para que el Letrado de la persona con anomalía o trastorno mental pueda obtener pruebas destinadas a demostrar la inimputabilidad total o parcial del sujeto.

Esto será factible en relación con documentos o certificados médicos que el sujeto tuviese en su poder. En cambio, resultará mucho más difícil conseguir que en tan breve periodo de tiempos pueda ser examinado por un especialista y que éste acuda a juicio a explicar su informe.

A la postre, la consecuencia evidente de todo esto es que cuando se imponen penas privativas de libertad de cumplimiento efectivo, los enfermos las cumplen en Centros Penitenciarios Ordinarios, donde se detecta con facilidad su presencia.

Como ya hemos señalado, estimamos que lo procedente cuando se detecta en el Juzgado de Guardia la presencia de una anomalía o trastorno mental, sería poner fin al enjuiciamiento “rápido” y encauzar el asunto a través del enjuiciamiento ordinario.

## 2.- ASPECTOS CONCEPTUALES – CONSECUENCIAS PENITENCIARIAS DE LA CORRECTA APLICACIÓN DEL CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD

Aún cuando se detecte la presencia en el sujeto de una anomalía o trastorno y mental y se encauce el asunto por el procedimiento ordinario, (lo que permite realizar una investigación sosegada y completa, sin sujeción a plazos), no se acaban los problemas.

Ocurre que el concepto de imputabilidad adoptado por Código Penal desde el año 1995 (que no se modifica en el Proyecto de Reforma) busca establecer, con indudable criterio científico, la relación de la enfermedad con el “delito concreto” en el “momento concreto” de su comisión.

Ocurre que, si la investigación pone de relieve que en ese momento y/o para ese delito la persona con anomalía o trastorno mental grave “era imputable”, no se aplicará eximente ni atenuante alguna ni, por tanto, se podrá tampoco imponer ninguna medida de seguridad.

Desde el punto de vista científico el planteamiento es impecable pero tiene como consecuencia perversa que conduce a las prisiones ordinarias a muchas personas con discapacidad o trastorno mental porque a la cárcel no se puede mandar sólo la parte de la persona que pudo cometer un hecho que le es imputable, sino a la persona entera.

Creemos adecuado proponer que, aún en estos casos, si bien no sería de aplicación la rebaja de la pena por razones de inimputabilidad, sí debería tomarse en cuenta

esta circunstancia en la sentencia y habilitar el Juez para imponer la/s medida/ de seguridad que se consideren oportunas.

El Art. 60 del C. Penal estaría llamado a corregir estas situaciones pero, “de hecho” su aplicación resulta muy complicada.

## **6 - SOBRE LA MEDIDA DE SEGURIDAD DE SUMISIÓN A TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Esta medida que, con distintos nombres, ha contemplado el Código Penal desde hace décadas, ha resultado viable cuando ha contado con la aceptación del enfermo.

En otro caso ha devenido en un completo fracaso.

Por esta razón, la reforma del Código Penal realizada en virtud de L.O. 5/2010 de 22 de Junio, sometió las medidas relativas a tratamientos médicos, al consentimiento del enfermo quien, podía incluso poner fin a un tratamiento ya iniciado.

Establece el actual Art. 100-3 del C. Penal:

**No se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate.**

En definitiva se respeta el derecho de autodeterminación en relación con los tratamientos de salud mental, aún en el ámbito penal.

El Anteproyecto mantiene la medida (dentro de la órbita de la libertad vigilada)

Artículo 104 bis

**1.- El Juez o Tribunal podrá imponer al sujeto sometido a la medida de libertad vigilada, durante todo el tiempo de duración de la misma o durante un período de tiempo determinado, el cumplimiento de las siguientes obligaciones y condiciones:**

...///

**13ª.- Someterse a tratamiento ambulatorio. En este caso se determinarán las fechas o la periodicidad con que el sometido a la medida debe presentarse ante un médico, psiquiatra o psicólogo.**

Lo que desaparece en el Anteproyecto es un precepto similar al Art. 100-3, esto es, la necesidad de contar con el consentimiento del enfermo.

Se puede decir, sin temor a equivocación, que resultará un completo fracaso el tratar de imponer esta medida por la fuerza.

## **7.- CONCLUSIONES**

1.- Resulta muy grave la mutación de un “derecho penal del hecho” en “derecho penal de autor”.

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.

2.- 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 clara 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 Salud del año 1986, cuya implantación resulta aún muy escasa.

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.

3.- 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.

4.- El Anteproyecto no toma en cuenta la carencia de medios actual para evaluar conceptos tan complejos como “imputabilidad” y “peligrosidad”.

5.- El Anteproyecto 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.

6.- 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”

7.- 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.

8.- Ante todo ello, la AEN\_PSM 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 los años 80 y 90, con las diversas modificaciones legislativas (Código Penal, Código Civil, Ley de Enjuiciamiento Civil), en las que la AEN participó de modo muy activo.



Asociación Española de Neuropsiquiatría / Profesionales de Salud Mental.