

Lola Rico Bodi* y Juan Ramón Fortuny Olivé.**

* Doctora en Medicina. Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Legal.

** Psiquiatra. Jefe del Departamento de Servicios Centrales dels Serveis Assistencials Torribera Serveis Assistencials Torribera. (Diputació de Barcelona).

Resumen

El trabajo presenta las ocho primeras Órdenes Judiciales de nuestro Hospital, dictaminadas a pacientes que han cometido un delito y han sido declarados inimputables, aplicándoles una Medida de Seguridad introducidas por el nuevo Código Penal como alternativa al ingreso en prisión. Nos centramos en la reflexión de la coordinación, en los 2 años de experiencia de trabajo, con los Equipos Técnicos Interdepartamentales. Los cuales han sido creados por el Plan Interdepartamental en Materia de Salud Mental elaborado, en diciembre de 1997, por los Departamentos de Sanidad y de Justicia de la Generalitat de Catalunya, cuyo objetivo es facilitar un marco institucional de trabajo entre los profesionales de la Dirección General de Medidas Penales Alternativas (Departamento de Justicia) y los profesionales de los Servicios de Salud Mental.

Palabras Clave: Psiquiatría, Orden Judicial, Delito, Inimputabilidad, Medidas de Seguridad, Plan Interdepartamental en Materia de Salud Mental.

Summary

The piece of work presents the eight first Judicial Orders in our hospital, ruled to patients that they have committed a crime and they have been declare inimputable, imposing a Security Measure introduce by the New Penal law as an alternative to be taken in jail. Our main point was the reflection on the co-ordination in the professional experience in two years work with the Interdepartmental Technical Team. This teams have been created by the Interdepartmental Plan in Mental affairs elaborate in December 1997 by the Security and Judicial Departments of the "Generalitat de Catalunya", which aim is

facilitate an institutional framework between the Penal Measures (Judicial Department) and the professionals in Mental Health Services.

Key works: Psychiatry, Judicial Order, Inimputability, Security Measures, Interdepartmental Plan in Mental Health Affairs.

Introducción

La aprobación de la Ley Orgánica 10/1995 del nuevo Código Penal¹, ha significado un cambio en la dinámica de la relación del Sistema Sanitario con el Sistema Judicial, pues ha introducido cambios importantes en las Medidas Penales Alternativas al internamiento en Centros Penitenciarios. La Dirección General de Medidas Penales Alternativas i de Justicia Juvenil en Catalunya ha puesto, al servicio de los Órganos Judiciales y de Salud Mental, equipos de profesionales sectorizados para, atender las necesidades de asesoramiento técnico y ejecución de estas Medidas Alternativas^{2,3}.

Las primeras medidas de seguridad en el Derecho español, fueron incorporadas en 1928 por la Dictadura de Primo de Ribera, éstas solían ser indefinidas, en ocasiones predelictuales, se basaban en la peligrosidad social del sujeto y no en la criminal...etc. Fueron derogadas parcialmente por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social del Código Penal de 1983⁴ y totalmente por el nuevo Código Penal, que si bien es más democrático en la equiparación de derechos y libertades del enfermo mental respecto al no considerado como tal, todavía ofrece serias dificultades al respecto, sobre todo, en la práctica cotidiana.

LA MEDIDA DE SEGURIDAD es, o debería ser, la respuesta, alternativa a la pena, que da el Derecho Penal al delincuente declarado inimputable que padece en el momento de realizar

el delito una enfermedad mental, en aras de desresponsabilizar al autor y tratar su enfermedad⁵. Añadimos “el debería”, porque el código no hace referencia explícita a si se trata de una medida cautelar o terapéutica, así como tampoco especifica dónde debe realizarse ésta. Pero queremos entender que si es en un hospital o en cualquier otro dispositivo de Salud Mental su finalidad debe ser terapéutica y no cautelar.

Los fundamentos y características de dicha medida, están redactados en el ARTÍCULO 6 del Código Penal.

Código Penal. Artículo 6.

1. Las Medidas de Seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se le imponen, exteriorizándose en la comisión de un hecho previsto como delito.

2. Las Medidas de Seguridad no pueden resultar ni más gravosas, ni de mayor duración, que la pena abstractamente aplicable al hecho delictivo realizado, ni exceder el límite que se considere necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Para la aplicación de dicha medida, es requisito imprescindible que durante el Proceso Judicial, siempre contradictorio, se profile la inimputabilidad del sujeto que ha cometido el delito. Es decir, ante la comisión de un delito, hay que discernir si la persona estaba suficientemente perturbada en el momento de los hechos como para ser dispensada de la pena y por tanto ser declarada inimputable, y aplicarle dicha Medida de Seguridad en concepto de tratamiento y desresponsabilización del acto delictivo o bien punir el delito y responsabilizar al autor del mismo⁵. La medida de seguridad en el caso de las enfermedades mentales consiste generalmente, en el internamiento psiquiátrico o en el seguimiento y control ambulatorio del paciente, según el criterio del Tribunal que ha estudiado el caso⁶.

Brevemente, para facilitarles la ubicación del contexto social en el que trabajamos, describimos las características de la población que atienden los *Serveis Assistencials Torribera*.

Serveis Assistencials Torribera (SAT)

Son un conjunto de Servicios Sanitarios, ubicados en la población barcelonesa de Santa Coloma de Gramenet, que incluyen:

- Hospitalización psiquiátrica de pacientes agudos y subagudos
- Hospitalización de pacientes de larga estancia psiquiátrica y retraso mental
- Hospitalización de paciente psicogerítricos con una unidad especializada en diagnóstico y tratamiento de demencias.

Ámbito territorial.

- Hospitalización agudos, subagudos y larga estancia:

- Región del Barcelonés Nord
 - Comarca d'Osona
 - Poblaciones de Montgat y Tiana
- } 540.000 hab.

- Demencias:

- Región del Barcelonés Nord y Mareseme 680.000 hab.

Los SAT pertenecen a la Diputación de Barcelona, teniendo contratados con el Servei Català de la Salut algunos servicios (UFIS, Hospital de Día, UDTD).

Descripción de los casos

Tras esta breve ubicación territorial, pasamos a describir la casuística de enfermos que han ingresado en nuestro Centro con una medida alternativa a la Pena, tras la aplicación en abril de 1996 del nuevo Código Penal. Desde los casos prácticos, queremos colaborar en el debate abierto en los cambios que ha introducido el nuevo Código Penal en la práctica clínica cotidiana. Para nuestra sorpresa, encontramos un solo caso ingresado mediante Orden Judicial y que permaneciese hospitalizado previo a la aplicación del nuevo código. Durante los dos años y medio de vigencia de la nueva Ley, han ingresado en nuestro centro 7 pacientes, de los cuales 1 está ingresado en unidades de larga estancia psiquiátrica, dos en la unidad de agudos y otros dos en la Unidad de Subagudos. Otros

dos ya han sido dados de alta hospitalaria tras su ingreso en la Unidad de Agudos. (Sep.1998).

En la exposición de los casos comentamos las características más relevantes de los mismos, relacionadas con cuestiones médico-legales, así como aquellos aspectos que nos sugieren acerca del manejo clínico y jurídico en el ámbito del nuevo Código Penal y en la era de la Psiquiatría Comunitaria.

De los 8 casos revisados solo uno de ellos ingresó mediante orden judicial previa implantación del nuevo Código Penal, aplicándose una medida sustitutiva a la pena en abril de 1996. De los 8 casos presentados 6 son hombres y 2 mujeres y la mayoría de ellos se encuentra en la década de los 30 años.

El diagnóstico más frecuente es el Trastorno de Personalidad y sólo hay dos casos de esquizofrenia con abusos de tóxicos asociados y un

Tabla 1: Características de los enfermos ingresados mediante orden judicial. 8 casos

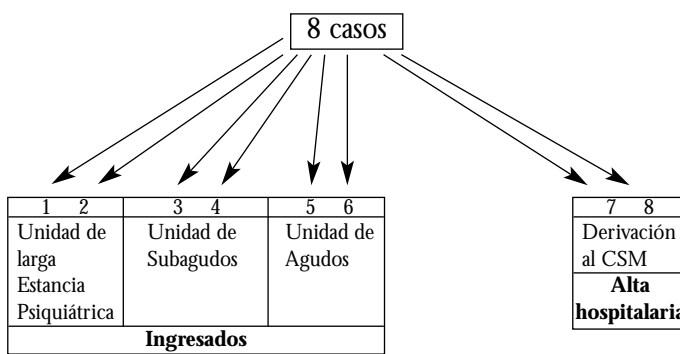


Tabla 2: Características de los enfermos ingresados mediante orden judicial. 8 casos

	Caso N°1	Caso N°2	Caso N°3	Caso N°4
	*Unidad de larga estancia	* Unidad de larga estancia	* Unidad de Subagudos	* Unidad de subagudos
Datos sociodemográficos	* Varón, 60 años. Divorciado	* Varón, 37 años	* Varón, 35 años.	* Varón de 32 años
Antecedentes psiquiátricos	*Múltiples ingresos por agitación psicomotriz	* Sin antecedentes	* No ingresos hospitalarios * 2 TEC * Seguimiento irregular CSM	* Múltiples ingresos psiquiátricos con evasiones
Antecedentes penales	* Sin antecedentes	* 4 robos con intimidación * 4 ingresos en prisión	* 3 delitos de robo con intimidación * 3 ingresos en prisión	* Delito de agresiones * Prisión año y medio
Diagnóstico clínico	* Trastorno orgánico de la personalidad * Epilepsia	* Trastorno límite de la personalidad * Piromanía	* Trastorno orgánico de la personalidad * Hidrocefalia	* Esquizofrenia Paranoide * Abuso de tóxicos * Rasgos asociales de la personalidad
Delito	* Incendio forestal * Junio de 1994	* Delito continuado de incendios	* Alzamiento de bienes * Robo con fuerza	* Robo con hurto
Sentencia	* 2 meses de arresto mayor * Diciembre 1996 * Semiimputable	* 5 años de prisión menor * Eximente incompleta	* 6 meses de prisión menor * Atenuante analógica * Noviembre de 1997	* 2 meses de arresto mayor * Semiimputable
Duración del ingreso	* Abril de 1996. A. J. * 2 años y cinco meses * O. J. dos meses del 12/96 al 01/97	* Mayo de 1995 * 3 años y 6 meses	* Mayo del 98. 4 meses	* Abril del 98 A. J. O. J. del 07 al 09 de 98
Otros datos de interés	* Celotipia * Agresiones al conyuge	* 04/96 pasa de pena palitativa de libertad a medida alternativa * 03/98 fin de medida alternativa * 10/96 permisos terapéuticos * 08/98 permiso para ayuda familiar * Estabilidad psicopatológica desde hace años	* Incapacidad total en 1997 * 09/98 permiso para TAC * 07/98 solicitud al juez de permisos, denegados por la corta duración de la pena	* Continúa ingresado

Continúa en página siguiente

Continuación

Tabla 2: Características de los enfermos ingresados mediante orden judicial. 8 casos

	Caso N°1	Caso N°2	Caso N°3	Caso N°4
Plan terapéutico	* No externación en breve * Mal pronóstico clínico	* Solicitud de alta hospitalaria al tribunal sentenciador	* Alta hospitalaria y derivación al CSM	* Tratamiento rehabilitador * Delito/psicopatología
Reflexiones	* Curso de la enfermedad y tratamiento independiente de la O. J.	* Estabilidad psicopatológica y medida ambulatoria * Tiempos judiciales/terapéuticos	* Dificultades en el tratamiento rehabilitador por la denegación de permisos	* Desresponsabilizar y rehabilitación

Tabla 3: Características de los enfermos ingresados mediante orden judicial. 8 casos

	Caso N°1	Caso N°2	Caso N°3	Caso N°4
	* Unidad de agudos	* Unidad de agudos	* Alta hospitalaria	* Alta hospitalaria
Datos sociodemográficos	* Varón, 39 años. Soltero	* Mujer, 38 años. Casada	* Varón, 34 años. Soltero	* Mujer de 28 años
Antecedentes psiquiátricos	* 2 ingresos A. J.	* 8 ingresos psiquiátricos A. J.	* 1 ingreso	* Múltiples ingresos psiquiátricos
Antecedentes penales	* 2 robos con intimidación * 2 ingresos	* Sustracción de tutela de los 5 hijos	* 2 medidas de seguridad previas ambulatorias	* Juicio de faltas
Diagnóstico clínico	* Esquizofrenia Paranoide * Dependencia a opiáceos en Tto. con medicina * Abuso de cocaína y hachís * Rasgos de personalidad asociales	* Dependencia alcohólica en remisión * Celopatía en remisión * Personalidad en estudio * Deterioro cognitivo en estudio	* Retraso mental moderado * Trastorno mental orgánico	* Trastorno límite de la personalidad * CI. límite * Abuso de tóxicos
Delito	* Robo con intimidación y uso de armas	* Homicidio frustrado	* Robo con intimidación	* Juicio de faltas
Sentencia	* 1 año de prisión menor * Abril de 1996	* 5 años de prisión mayor * Agosto del 97	* 8 meses de prisión menor * Junio de 1997	* 15 días de ingreso hospitalario
Duración del ingreso	* Abril de 1998. 6 meses	* Septiembre del 98, 5 días	* Junio del 97, 3 días	* Mayo del 98, 15 días
Otros datos de interés	* Estabilidad psicopatológica. * Adecuado seguimiento en CSM. Denegación de medida alternativa ambulatoria. * Permisos terapéuticos desde septiembre del 98	* Ingreso hospitalario tras los hechos de 1 día de duración * Derivación a Servicios Penitenciarios	* Voluntad y juicio merados sin perspectiva de mejoría * Buena contención familiar * Seguimiento adecuado en CSM	* Estabilidad clínica. Buen seguimiento en CSM y Centro de Día
Plan terapéutico	* Derivación a subagudos para tratamiento rehabilitador	* Realizar estudio social, de personalidad y deterioro cognitivo * Tratamiento de deshabitación alcohólica	* Continúa tratamiento en CSM	* Tratamiento rehabilitador en centro de día/CSM
Reflexiones	* Estabilidad psicopatológica y buen seguimiento en CSM/hospitalización	* Clínica aguda en remisión en el momento del ingreso	* Seguimiento al CSM y estabilidad clínica * Medida alternativa ambulatoria/medida de seguridad	* Tto. Rehabilitador/responsabilidad * Delito de faltas hospitalización * Estabilidad clínica al ingreso/descompensación

caso de Dependencia alcohólica con celotipia.

El delito más frecuente es el robo en sus diferentes variantes. Tenemos 2 delitos de incendios que coinciden con los pacientes ingresados en unidades de larga estancia, un caso de homicidio frustrado y otro de delito de faltas.

La mayoría de penas (5) con más o menos duración son de prisión menor y el resto lo son de prisión mayor. En el momento del ingreso, casi ningún paciente presentaba una descompensación clínica aguda, que en circunstancias no judiciales fuese susceptible de ingreso urgente en una Unidad de Agudos. Desde la comisión del delito hasta la sentencia el paciente ha permanecido en su domicilio o en prisión; sólo en algún caso aislado ha precisado de ingresos hospitalarios con o sin autorización judicial.

En todos los casos, solicitamos activamente la intervención del Equipo Técnico Interdepartamental.

El plan de actuación interdepartamental en materia de salud mental

En 1997 la Dirección General de Medidas Penales Alternativas y de Justicia Juvenil del Departamento de Justicia de la Generalidad y el Servicio Catalán de la Salud crearon un Plan de Actuación Interdepartamental en materia de Salud Mental, que tiene como finalidad facilitar un marco institucional de trabajo entre los profesionales de ambas áreas, con el objetivo común de dar asistencia a las personas que son objeto de una medida penal alternativa. El Plan Interdepartamental en Materia de Salud Mental que pone en funcionamiento los Equipos Técnicos Interdepartamentales formados por psicólogos y trabajadores sociales, que trabajan a dos niveles:

1) Previamente a la resolución de una medida penal alternativa, los equipos pueden intervenir a requerimiento del juez mediante una demanda de peritaje psicológico o psicosocial. Si el encausado es usuario de la red

de salud mental este trabajo se coordinará con los profesionales que estén realizando el tratamiento.

2) Una vez dictada la resolución de la medida penal alternativa el equipo de profesionales de trabajo en medio abierto es el responsable de:

Respecto a la Instancia Judicial:

- Informar del inicio de la medida y del plan de trabajo
- Hacer el seguimiento y control del cumplimiento de la medida
- Valorar la consecución de los objetivos de la medida y hacer propuestas al juez sobre el mantenimiento, sustitución, suspensión, cese o cambio en la ejecución
- Informar sobre cualquier incidente que se produzca en el cumplimiento de la medida

Respecto a los Servicios de Salud Mental:

- Hacer de puente entre el Centro y la Instancia Judicial, manteniendo la coordinación necesaria en cada caso.

Respecto del paciente:

- Informarle sobre su situación y las obligaciones que comporta
- Articular y darle los medios de atención y apoyo que necesite

El Plan Interdepartamental en materia de Salud Mental y el equipo técnico encargado de ejercer las funciones es pionero en España y cuenta con escasos referentes en otros países, sería, con algunas reservas similar a los tribunales especiales creados en Londres: los Mental Health Review Tribunal (1959), que permiten decidir, entre otras cuestiones el lugar más adecuado para el cumplimiento de la Medida de Seguridad^{4,7}.

Discusión

Entendemos que el cambio producido por la nueva legislación ha sido favorable para el en-

fermo mental y acorde, en general, con las reformas psiquiátricas de las últimas décadas que entienden y tienden a integrar al paciente en la comunidad. Por fin, se ha terminado con las medidas de seguridad indefinidas y en ocasiones predelictuales, que dejaban al sujeto sobre el que recaían en una franca indefensión vital^{4,8,9}. Medidas casi siempre antiterapéuticas que apartaban de la circulación social a los sujetos declarados inimputables.

En la mayoría de nuestros casos la Medida de Seguridad no resulta más gravosa en duración que la pena abstractamente imputable. Solo el caso N° 2, permanece ingresado tras la finalización de la medida y probablemente por confusión de los términos del último informe judicial, donde se indica el cambio de la medida alternativa por ingreso, quedando sin especificar si el facultativo puede o no proceder al alta médica, texto confuso que probablemente ha condicionado que el facultativo correspondiente solicite, mediante informe al Tribunal Sentenciador permiso para proceder al alta médica, y de momento esté en espera de respuesta de éste.

Otro de los 8 casos, el N° 8, ofrece dudas sobre la aplicación del mencionado artículo, ya que se aplicó una medida de seguridad privativa de libertad a un delito de faltas, que dudosamente podría ser penado con reclusión (no se especifica en la sentencia la pena abstractamente aplicable, si no existiese la eximente de alteración mental) resultando pues, la medida más gravosa en cuanto a la privación de libertad para el sujeto inimputable que para el que no lo es.

Otro aspecto que dificulta la optimización del tratamiento del paciente que ha cometido un delito son los tiempos judiciales y médicos. El periodo que suele transcurrir desde la comisión del delito hasta la pronunciación del dictamen sentenciador, es habitualmente largo; lo normal es que transcurran uno o dos años. En algún caso el paciente ingresó, mediante A.J. en el momento de cometer los hechos, momento en el que sí que se encontraba descompensado, fue dado de alta o derivado a la prisión en concepto de reclusión preventiva hasta la sentencia, siguiendo o no tratamiento ambulatorio, y

reingresando 1 ó 2 años después para cumplir la medida alternativa cuando estaba ya estabilizado y no precisaba un tratamiento hospitalario sino un seguimiento y control ambulatorio sin restricción no justificada clínicamente de su libertad. Ninguno de nuestros pacientes presentaba una clínica aguda que, en circunstancias no judiciales, justificase el ingreso en la Unidad de Agudos. La mayoría de ellos, como ya hemos comentado, presentaban una patología subaguda susceptible de tratamiento más rehabilitador, bien hospitalario o ambulatorio. Las Unidades de Agudos no ofrecen programas rehabilitadores y el enfermo clínicamente estable suele empeorar por la inactividad prolongada, facilitando así conductas manipuladoras, consumo de tóxicos...y sobre todo desvinculándose de su medio familiar y social, pudiendo empeorar clínicamente, como hemos observado en más de un caso. Esta situación fue muy evidente en el paciente N° 5 que estaba compensado en el momento de la resolución judicial y además realizaba un seguimiento adecuado en el Centro de Salud Mental; también en la paciente N° 8, que seguía un programa rehabilitador en el Centro de Día desde hacía años. El caso más dramático fue el paciente N° 7, afecto de retraso mental, con alta contención familiar y una relación de extrema dependencia emocional con la madre, y que seguía adecuadamente el tratamiento en el Centro de Salud Mental, que pasó los tres días que duró el ingreso hospitalario llorando.

Desconocemos si los Equipos Técnicos están actuando en el primer nivel, es decir, si son requeridos por el Juez para asesorarse del tratamiento más adecuado según el criterio del facultativo responsable del CSM, previo a la resolución de la medida alternativa, pues en los casos que teníamos historial clínico en el centro e incluso en aquellos que se encontraban hospitalizados tras cometer el delito por el que se les iba a juzgar, en ninguna ocasión se nos solicitó información médica alguna. Si hubiese sido así, probablemente se hubiese podido mejorar la adecuación de la medida y el lugar donde realizar el tratamiento del paciente. A nuestro parecer, debería ser desde el Centro de Salud Mental, eje del tratamiento del paciente

en la Psiquiatría actual Comunitaria, desde donde se recopilase dicha información y se orientase al Tribunal Sentenciador sobre la medida alternativa más adecuada y el dispositivo asistencial para realizar el tratamiento en el momento preciso de su cumplimiento. Como observamos de la teoría a la práctica hay un trecho, y esperamos que en el futuro el nivel de coordinación del sistema judicial y sanitario con los equipos técnicos interdepartamentales mejore este aspecto que en la teoría es tan innovador y terapéutico.

Como señalamos anteriormente, el segundo nivel de actuación de los equipos técnicos interdepartamentales, es la coordinación de la medida de seguridad una vez resuelta. En teoría una vez dictaminada la medida, deberían ser dichos equipos a instancias del Tribunal Sentenciador, quienes se pusieran en contacto con la institución encargada de realizar la medida alternativa. Tampoco hasta la fecha ha sido así. Este contacto previo permitiría agilizar los tiempos del programa terapéutico así como, ubicar al paciente en el dispositivo sanitario más adecuado o bien realizar un ingreso programado con todas las ventajas de éste, en un tratamiento que no sea urgente.

También, a la hora de solicitar cambios en la situación del paciente que sean menos restrictivos de libertad porque el plan terapéutico del mismo así lo requiere, en aras de facilitar la autorresponsabilidad y autonomía, los mencionados equipos interdepartamentales han tenido una gestión lenta. Los tiempos judiciales y terapéuticos no coinciden, la asignación del equipo técnico responsable en cada caso ha sido lenta, y el intervalo de espera para definir el tratamiento, largo. Los permisos terapéuticos son claves en cualquier tratamiento una vez pasada la fase aguda del proceso, tardando entre uno y dos meses en ser concedidos, siendo denegados en una ocasión aludiendo al breve tiempo de la condena, como ha ocurrido en el caso N° 3; en este caso el paciente presentó graves alteraciones conductuales al ingreso, que remitieron tras 10-12 días de tratamiento farmacológico y contención física, siendo entonces derivado a una unidad de rehabilitación psiquiátrica den-

tro del mismo centro asistencial el paciente vio mermado su tratamiento por la imposibilidad de trabajar las relaciones familiares conflictivas y su adaptación social también alterada, asimismo, él se sintió marginado con respecto al resto de pacientes de la unidad y reivindicó desde el primer día su supuesto derecho, como el decía, de estar en la prisión, pues conocía que, si tenía buena conducta, en breve se iniciaban los beneficios penitenciarios. Esta es otra cuestión a nuestro entender que margina al enfermo mental en relación al reo, pues el Tribunal de Vigilancia Penitenciaria tiene mejor estipulado y es más ágil que el Tribunal Sentenciador para manejar los beneficios penitenciarios derivados de la buena conducta del reo y ofrecerle cada vez mayor dintel de libertad.

Como otros autores han comentado⁹, en los casos de medidas de seguridad largas se suele incumplir la revisión anual de ésta. En solo uno de los casos, el N° 7, se paso la medida alternativa privativa de libertad a ambulatoria, a pesar de que algunos de los otros pacientes se hubiesen beneficiado más de un tratamiento en la Comunidad.

Y por último señalar una cuestión quizá tangencial, pero importante, que excede las pretensiones de este estudio y sería objeto de otro debate, que es la relación causal de la enfermedad del sujeto con el delito, donde se entiende que el diagnóstico es necesario pero no suficiente. No todo enfermo mental es un incapaz absoluto, pues el grado de comprensión de sus actos es variable en el curso de la enfermedad mental. La exención completa de responsabilidad impide todo contrato terapéutico y por tanto que el paciente se responsabilice del tratamiento, cuestión clave para el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad mental^{4,5,7,9,10}.

Pensamos que todavía buena parte del Sistema Judicial, y quizás también de la opinión pública, tiene la creencia de que el enfermo mental es incapaz absoluto y que la enfermedad mental siempre es invalidante, desconociendo que con tratamiento adecuado pueden cambiarse el curso natural de ésta y que el paciente puede tener periodos estables que le permitan

convivir con su familia y en la Comunidad, sobre todo si hay un adecuado programa de salud mental que garantice la continuidad de cuidados y que incluya un adecuado seguimiento farmacológico, psicoterapéutico individual, familiar o grupal o un programa de rehabilitación y reinserción laboral, individualizado para cada paciente; estos planteamientos tienen más razón de ser, si cabe, cuando se ha cometido un delito y el que lo ha cometido es inimputable por su enfermedad mental.

Conclusiones

De entrada la creación del Plan creemos que supone un importante avance en el intento de acercar las instancias judiciales y los servicios sanitarios, pues es imprescindible para el enfermo mental que comete un delito la coordinación de ambas Instituciones para trabajar con objetivos y planes terapéuticos consensuados, coordinados y bien definidos por ambas partes que faciliten el tratamiento psiquiátrico de los pacientes sometidos a una Medida Penal Alternativa.

Pero las deficiencias todavía son demasiadas, aunque tenemos la confianza de poder cada día acercarnos más a la filosofía y al que hacer que propone el Plan Interdepartamental en Materia de salud mental.

Predictamen

- Escasa solicitud del Juez de los Equipos Técnicos Interdepartamentales (E.T.I).
- Tiempo largo entre delito y dictamen judicial.
- Ingreso en unidades psiquiátricas inadecuadas.

Postdictamen

- Solicitud de intervención de los E.T.I desde los Servicios Sanitarios.

- Lentitud en facilitar permisos.
- Escasa solicitud de Medidas Ambulatorias.

Bibliografía

1. Código Penal, 1995. Ed: Editorial Civitas S.A. 1ª ed. 1996, Madrid.
2. Guia de Serveis (Assessorament tècnic a la jurisdicció penal; atenció a les víctimes; execució de mesures penals alternatives). Direcció General de Mesures Penals Alternatives i de Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. 1997.
3. Pla d'actuació interdepartamental en matèria de Salut Mental. Direcció General de Mesures Penals Alternatives i de Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. 1997.
4. Desviat M. Tratamiento o condena. *Psiquiatría Pública* 1998; 10 (3): 153-9.
5. Espinosa Iborra J. El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo código .*Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1997; 12 (64): 607-25.
6. Cabrera Forneiro J, Fuertes Rodañin JD. *Psiquiatría y derecho, dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid. Ed: Conde Editorial; 1997.
7. Desviat M. El internamiento psiquiátrico en España. *Cuestiones ético-legales en psiquiatría*. 1998;1:4-8.
8. Desviat M. El nuevo código penal: criminales o locos. *Psiquiatría Publica*. 1997; 9 (5): 309-10.
9. Suarez AJ, Medina CD. Principios legitimadores de la ley penal y pérdida de seguridad de internamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1998; 65(12): 27-44.
10. González Álvarez O. Sobre el nuevo código penal. *Psiquiatría Pública*. 1997; 9 (4): 299-300.

Correspondencia

Lola Rico Bodi.
C/ Josep Anselm Clavé nº 4, 3º 2º.
Barcelona 08002.
Correo electrónico:30451drb@comb.es
Tf: 93 412 76 78