

UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL

# Centro de atención para personas con enfermedad mental y conflicto con la ley (CAPEMCOL)

---

Un recorrido por su origen, actualidad y  
perspectivas a futuro

2014

**Larisa Escalante Chaves**

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRÍA PROFESIONAL EN CRIMINOLOGÍA CON ÉNFASIS EN  
SEGURIDAD HUMANA**

## Contenido

I.	Introducción .....	4
I.	Marco Teórico .....	5
A.	La enfermedad mental y su tratamiento a través de la historia .....	6
1.	Psiquiatría en la antigüedad .....	6
2.	La ilustración y la psiquiatría .....	8
3.	Psiquiatría moderna .....	9
4.	Desinstitucionalización y antipsiquiatría .....	9
5.	Abuso político de la psiquiatría .....	10
B.	La psiquiatría en Costa Rica .....	11
1.	Historia de la psiquiatría en Costa Rica .....	11
2.	La cuestión judicial de la psiquiatría en Costa Rica .....	13
C.	Enfermedad Mental y Derechos Humanos .....	17
1.	La discriminación y la salud mental .....	19
2.	Violaciones de derechos humanos .....	19
3.	Autonomía y libertad .....	20
4.	Pobre acceso a salud .....	20
5.	Derechos de las personas con enfermedades mentales sometidas a la ley penal .....	20
6.	Las Políticas Nacionales en Discapacidad .....	21
II.	Segunda Parte: Desarrollo de la Investigación .....	23
A.	El tratamiento jurídico del enajenado mental en la legislación costarricense .....	24
1.	Imputabilidad, inimputabilidad e imputabilidad disminuida .....	25
2.	Evolución histórica del tratamiento del enajenado mental en los Códigos Penales de Costa Rica .....	28
3.	Las medidas de seguridad .....	30
4.	La medida cautelar de internamiento .....	34
5.	La peligrosidad y la medida de seguridad .....	35
6.	La medida de seguridad en Costa Rica .....	40
7.	Situación actual de los internamientos judiciales en Costa Rica .....	41

B.	El Hospital Nacional Psiquiátrico y el manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, previo a la construcción del Pabellón Centro para la Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL) .....	43
1.	Salud, salud mental y la Caja Costarricense de Seguro Social.....	43
2.	Sistema judicial vs sistema de salud y el tratamiento de las personas con enfermedad mental .....	45
3.	El problema de las medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, previo a la construcción de CAPEMCOL .....	48
A.	Creación del pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico: Centro para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCOL).....	55
1.	Antecedentes que llevaron a la creación de CAPEMCOL.....	55
2.	Creación del pabellón CAPEMCOL .....	72
3.	Infraestructura del pabellón CAPEMCOL .....	74
4.	Funcionamiento y procedimientos del CAPEMCOL .....	77
5.	Resultados del Taller: Problemas Procesales con personas enfermas mentales en conflicto con la ley penal .....	78
6.	Limitaciones y retos del CAPEMCOL .....	80
B.	Análisis del proyecto parlamentario de Ley N°18.867 sobre la ley de servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena. ....	84
1.	Reforma para el manejo de las drogodependencias .....	88
2.	Reformas en torno al manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley y las medidas de seguridad .....	90
3.	Observaciones generales sobre el proyecto de ley de servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena.....	98
C.	Propuestas para optimizar el manejo del enfermo mental en conflicto con la ley, desde la perspectiva de Derechos Humanos. ....	99
1.	Políticas Públicas de Bienestar Social y Salud .....	100
2.	Implementación de las recomendaciones de la ley 18.867 .....	103
3.	La creación del centro alternativo de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley.....	105
III.	Conclusiones .....	110
IV.	Bibliografía .....	112
V.	Anexos.....	118
A.	Proyecto de Ley N°18.867 Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la Justicia para la ejecución de la pena .....	119

B.	Entrevista a Alcyra Hernández Rodríguez .....	73
C.	Entrevista a Álvaro Hernández Villalobos, .....	78
D.	Entrevista a Cristian Elizondo Salazar .....	84
E.	Entrevista a Dr. José Manuel Arroyo Gutiérrez .....	89
F.	Entrevista a Roger Víquez Gairaud .....	93
G.	Entrevista a Roy Murillo Rodríguez .....	100

## I. Introducción

Como médica especialista en el campo de la psiquiatría y quien ejerce dentro del sistema judicial, ha surgido como una necesidad el entender el funcionamiento y repercusiones del aparato de justicia, pero con un interés particular centrado en las personas que padecen de alguna enfermedad o deficiencia mental.

Según el filósofo Michel Foucault la psiquiatría ha sido un instrumento articulado con el sistema penal para un control social, es una rama de la ciencia que permite una intervención positiva sobre aquel sujeto considerado “anormal” o “desviado” para mediante sus procesos de tratamiento lograr una “normalización”; y aunque puede que esto pueda ser debatido, no es el interés del presente trabajo.

La enfermedad mental supone un verdadero sufrimiento para quien la padece y su familia, a pesar de los avances en la psiquiatría ésta no ha encontrado formas de curación para tales condiciones y los tratamientos en la mayoría de los casos efectivos, vienen siempre acompañados de sus efectos adversos. El panorama para las personas con enfermedad mental sigue siendo turbio.

Dentro de este contexto, se agrava aún más la problemática si se considera que factores como la pobreza y la marginación social son elementos que aumentan el riesgo de padecer una enfermedad o deficiencia mental, al mismo tiempo que dificulta el acceso a la salud; esta amalgama de condiciones suelen ser las que propician para que en lugar de que una persona con enfermedad o deficiencia mental sea procesada por el sistema de salud lo haga por el sistema judicial, lo que debe ser evitado a toda costa, mediante mejoras en políticas y programas de bienestar social y ampliación de la cobertura de los programas de salud, en especial la salud mental comunitaria.

No obstante una vez que una personas con enfermedad o deficiencia mental ha cometido un acto ilícito, no tiene mayor opción que enfrentarse al sistema judicial que al menos en Costa Rica no cuenta con adecuada capacitación y sensibilización frente a la realidad de estas personas y donde los mismos administradores de la justicia sucumben ante el mito de la “peligrosidad” del enfermo mental, valiéndose de medidas de seguridad de internamiento para de cierto modo resolver el problema, pero donde la realidad es que se trata de una forma de segregación.

La presente investigación busca exponer los diferentes aspectos de esta problemática a la luz de los derechos humanos y los derechos de las personas con discapacidad; centrando un especial interés por la reciente entrada en funcionamiento del pabellón CAPEMCOL (Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley) perteneciente al Hospital Nacional Psiquiátrico.

## **I. Marco Teórico**

## A. La enfermedad mental y su tratamiento a través de la historia

La noción de la enfermedad mental ha evolucionado con la sociedad y la tecnología. En una concepción primitiva se creía que las enfermedades mentales eran producto de un castigo divino o manifestaciones demoníacas, esta forma de pensamiento se mantuvo hasta la edad media, posteriormente se retomó la investigación científica y se incorporó además de causas meramente biológicas, ciertos conceptos sociales y psicoanalistas; hasta alcanzar la visión más actual basada en imágenes del cerebro, genética y bioquímica que tiene una tendencia más biológica para explicar el origen de las enfermedades mentales y la búsqueda de un abordaje terapéutico óptimo.

El origen del término Psiquiatría proviene del griego: *psyche* que significa alma y *iatria* que significa curación, pero el término no se acuña como tal hasta el siglo XIX, por Johann Cristian Reil (también creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista de psiquiatría).

La psiquiatría es una de las especialidades médicas más recientes, aunque por supuesto que desde la antigüedad se han descrito las enfermedades mentales y diferentes formas de tratarlas según la creencia de cada época.

La enfermedad mental ha sido difícil de definir aunque las descripciones de sus síntomas son constantes desde la antigüedad y en esto no ha habido variación. En la actualidad buscando unificar los conceptos y criterios de enfermedad mental se han creado la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) escrito y editado por la Organización Mundial de la Salud y el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) que han sido consensuados por grupos de psiquiatras dedicados al estudio específico de cada entidad patológica, quienes revisan toda la información científica disponible y así se actualizan los conceptos de enfermedad y diseñan guías para el diagnóstico y tratamiento de cada patología. Este método de concepción de enfermedad mental sin duda aún al día de hoy genera mucha controversia, pues hay quienes al no poder definir con claridad el órgano responsable o la lesión específica que originan los síntomas propios de la enfermedad psiquiátrica, duden de su existencia, así como también hay quienes basados en esta misma limitación han abusado del diagnóstico psiquiátrico con diferentes intenciones que van desde la represión política, intolerancia sexual o religiosa, beneficios mercantiles mediante el abuso de la medicación y evitar asumir responsabilidades ante un delito cometido, entre otras muchas más.

### 1. Psiquiatría en la antigüedad

Se podría decir que los primeros psiquiatras eran por lo general sacerdotes, pues dado el concepto de castigo divino o posesión demoniaca, eran ellos quienes contaban con la investidura apropiada para ese ejercicio; así sucedía entonces en antigua Mesopotamia, Egipto, Aztecas y otras culturas.

En la antigüedad Platón y el mismo Hipócrates plantearon distintas hipótesis para explicar la causa de estas enfermedades, pero su aporte más importante fue la observación y la descripción detalladas de las manifestaciones sintomáticas, que al día de hoy permiten utilizar conceptos modernos para clasificar las enfermedades descritas por los antiguos. En Roma el famoso médico Galeno sugirió que la “razón” se encontraba en el cerebro y los estudios que pudo llevar a cabo con gladiadores muertos y moribundos le permitieron entender como las lesiones de un hemisferio del cerebro producían afectación motora del lado contrario del cuerpo.

La edad media en Occidente fue más oscura para la psiquiatría que tuvo un retroceso a la concepción de posesión diabólica; situación opuesta en la cultura árabe donde hay documentos que prueban la existencia de una primera institución para la acogida de los “locos” en el año 792 en Bagdad durante la dinastía Omeya y donde el concepto de la enfermedad mental está ligada a una cuestión biológica y por tanto susceptible a tratamiento.

En Europa la tradición de uso de manicomio llegó desde los países islámicos a partir de un miembro de la Orden Mercedaria: Joan Gilabert Jofre, que viajaba a los países árabes y observó varias instituciones que recluían a los “locos”; él propuso entonces la fundación de una institución para «enfermos que tenían que ser tratados por médicos», algo muy moderno para la época.

La fundación del primer hospital que llegara a albergar a enfermos mentales en Europa se realizó en el año 1409 gracias a varios hombres pudientes de la ciudad de Valencia en España quienes aportaron fondos para su realización. Según cuenta la historia cuando el fraile Joan Gilabert Jofre se dirigía a la Catedral de Valencia en España para pronunciar el sermón de Domingo de Cuaresma, encontró a unos niños que lanzaban piedras hacia unos pobres “locos” que no hacían otra cosa más de cubrirse para evitar los golpes, inmediatamente intercedió el fraile rescatando así a los pobres hombres, y minutos más tarde y conmovido por lo que había sido testigo pronunciaría las siguientes palabras desde el púlpito de la Catedral de Valencia:

*"En la presente ciudad hay mucha obra pía y de gran caridad y sustentación; pero aún falta una, que es de gran necesidad, cual es un hospital o casa donde los pobres inocentes y furiosos sean acogidos. Porque muchos pobres inocentes y furiosos van por esta ciudad, los cuales pasan grandes desaires de hambre, frío e injurias. Por tal, como por su inocencia y furor no saben ganar ni pedir lo que han de menester para sustentación de su vida, por lo que duermen por las calles y perecen de hambre y de frío, muchas personas malvadas, no teniendo a Dios ante los ojos de sus conciencia, les hacen muchas injurias y daño, y señaladamente allá donde les encuentran dormidos los vejan y matan a algunos y a algunas mujeres avergüenzan. Asimismo, los pobres furiosos hacen daño a muchas personas que van por la ciudad. Estas cosas son notorias a toda la ciudad, por lo que sería santa cosa y obra muy santa que en la ciudad de Valencia fuese hecha una habitación u hospital en que semejantes locos e inocentes estuviesen de tal manera que no fuesen por la ciudad ni pudiesen hacer daño ni les fuese hecho".<sup>1</sup>*

Es así como surgen en Europa los primeros hospitales psiquiátricos que luego pasaron a llamarse manicomios, donde su nombre se deriva de griego “*manía*” locura y “*komion*” lugar. Los

---

<sup>1</sup> Edición especial en el año 2009, del Boletín de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar, que conmemora el VI Centenario de la creación de la primera institución psiquiátrica del mundo.



manicomios empiezan a proliferar en Europa principalmente debido a la necesidad de tutela jurídica y personal de las personas con enfermedades mentales. En un principio estos albergues eran administrados por religiosos. La acogida de los “locos” no tenía otro fin más que el de recluirlos pues no recibían atención médica. En 1385 el franciscano Francesc Eiximenis redactó el documento: “Regiment de la cosa pública” donde establecía las responsabilidades de los gobernantes de la Ciudad de Valencia en España para proveer los medios para gestionar a pobres, dementes y enfermos, y es a partir de este momento que los manicomios empiezan a tener una administración civil en lugar de la religiosa, y cada vez en condiciones más deplorables e inhumanas, al punto de llegar no solo a recluir a los enfermos mentales sino también a encadenarlos.

## 2. La ilustración y la psiquiatría

Fue el doctor Philippe Pinel que en la "primera revolución psiquiátrica" hizo retirar las cadenas a las personas internadas en los manicomios de Francia y comenzó a tratarlas humanamente. El doctor Pinel de origen francés es hijo de un modesto cirujano nació en el año 1745, de realizó sus primeros estudios en un internado religioso donde incluso llegó a recibir órdenes menores y posteriormente impartió clases de teología, que luego abandonó para estudiar medicina en Toulouse y en Montpellier, para después mudarse a París. Participó de la Revolución Francesa de 1789, no obstante se mantuvo alejado del régimen en la época del Terror.

En el año 1793 fue nombrado médico del manicomio de Bicetre, donde aprendió las prácticas del médico Jean-Baptiste Pussin, que utilizando el “tratamiento moral” de los “locos” con fines terapéuticos para tratar o restablecer la razón perturbada. Mientras Pinel se encargaba del centro Bicetre e inspirado por Pussin propuso suprimir el uso de cadenas para ciertos internos, para lo que tuvo mucha resistencia por parte de los encargados y no fue sino gracias a la intervención del George Couthon, abogado, político y revolucionario que fue diputado de la Convención Nacional y encargado del Comité de Salud Pública que Pinel obtiene la autorización para romper con las cadenas de los internos del centro Bicetre. Dos años después en 1795 es nombrado jefe médico del hospital Salpêtrière donde aplicó las mismas reformas del centro Bicetre, siempre con el apoyo y guía de Pussin.

En 1798 Philipe Pinel escribe “Nosographie Philosophique” con el que busca establecer una categorización de las enfermedades mentales llamadas entonces vesanias. Por medio de la obra de Pinel se establecen los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno, al vincular el método analítico con la tradición hipocrática.

### 3. **Psiquiatría moderna**

Durante el siglo XIX surgen una gran cantidad de hipótesis sobre el origen de las enfermedades mentales, uno de los más influyentes fue el de el Magnetismo animal desarrollado por Franz Mesmer, aunque su teoría cayó en el desprestigio sentó las bases para la terapia de sugestión e hipnosis, que a su vez sirvió para desarrollar posteriormente el método de asociación libre utilizado en el psicoanálisis.

En el año 1906 el científico Santiago Ramón y Cajal descubrió la neurona lo que le hizo merecedor del premio Nobel de Medicina, que da pie al nacimiento de la psiquiatría de tipo organicista.

El siglo XX se orienta al principio biológico de la enfermedad mental, concomitantemente el médico neurólogo Sigmund Freud plantea una nueva revolución en el concepto de la enfermedad mental y la psiquiatría con la descripción de lo que él llamó inconsciente y el desarrollo del psicoanálisis mediante la técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños. De la mano de los conceptos más abstractos aportados por Freud y el desarrollo de nuevas tecnologías que permitían estudiar en cerebro más de cerca se desarrolla el concepto más actual de psiquiatría, basado en un origen multifactorial de las enfermedades pero cada vez más entendiendo el concepto biológico que permitió el desarrollo de nuevos tratamientos que revolucionaron la psiquiatría. Es con el surgimiento de fármacos capaces de controlar o disminuir los síntomas de las enfermedades mentales lo que permitió la desinstitucionalización de pacientes de los manicomios.

### 4. **Desinstitucionalización y antipsiquiatría**

El desarrollo de fármacos que brindaron nuevas opciones terapéuticas en contraposición con antiguas prácticas como los comas con insulina, la lobotomía, sujeciones con camisas de fuerza y la terapia electro convulsiva que solía practicarse sin anestesia, que eran sin duda crueles y poco efectivas. De la mano de esta revolución terapéutica nace un movimiento en la década de los años 60 llamado antipsiquiatría.

El termino antipsiquiatría fue acuñado por el psiquiatra inglés David G. Cooper, para describir a un movimiento que cuestiona a la psiquiatría fundamentalmente pero también a otras ciencias asociadas con sistema social como la psicología, trabajo social, pedagogía y criminología. Es un movimiento impulsado por psiquiatras que desde lo interno de las instituciones mentales levanta una crítica al sistema no solo terapéutico sino al modo en que estas ciencias se habían encargado de crear un espacio social donde se delimitaron sus fronteras y donde todo lo que estuviera fuera de ella se consideraría “desviado-enfermo” y susceptible a un “tratamiento” para restablecer al individuo dentro del supuesto “buen funcionamiento social” y así convertirse en formas de represión social.

El movimiento de la antipsiquiatría llega a tener mucho eco dentro de un mundo que empieza a globalizarse y donde en la década de los años 60 surgen paralelamente muchos movimientos sociales (como el movimiento pacifista en Estados Unidos, movimiento de las Panteras Negras, luchas de derechos civiles, etc.) que sintonizan con ese de la antipsiquiatría.

El principal logro de la antipsiquiatría se da gracias a su oposición a los manicomios, donde eran frecuentes los internamientos involuntarios a cualquier persona que fuera considerada “enfermo mental” y donde el término era muy amplio e incluía no sólo aquellas personas genuinamente enfermas, sino cualquier persona que no se adaptara a las normas sociales, estos últimos son quienes denuncian la situación a las que han sido víctimas al primero privarlos de su libertad y de sus derechos como ciudadanos al ser institucionalizados pero también a ser sometidos a tratamientos en contra de su voluntad, tratamientos que en muchos de los casos dejaron secuelas físicas y mentales permanentes sin contar el trauma emocional que constituye ser recluso, aislado, desprestigiado y desacreditado de sus ideas al ser consideradas delirantes. Ante este panorama era necesario un movimiento que criticara la institución médica de la psiquiatría que se había aliado al sistema de orden social y convertido en una fuerza represora. Es así como se dan los primeros logros del movimiento de antipsiquiatría donde se busca cerrar los manicomios y se generan modelos vanguardistas de estructuras residenciales terapéuticas, donde las personas con enfermedades mentales podían ser atendidas sin violentar sus derechos como ciudadanos y sin desligarlos del grupo social al que pertenecen.

Italia fue pionero en la tendencia a la “desinstitucionalización” donde buscaba abordar a las personas con enfermedades mentales dentro de su mismo medio social, surgen también un sistema de estructuras residenciales y los hospitales de “puertas abiertas” donde el predominio de los internamientos son de tipo voluntario.

## **5. Abuso político de la psiquiatría**

Se considera abuso político de la psiquiatría al mal uso de diagnósticos psiquiátricos, detenciones y tratamientos con fines de obstrucción de los derechos fundamentales de los individuos. Los psiquiatras han estado involucrados en este tipo de prácticas en casi todos los países del mundo y su forma más frecuente es la de internamientos involuntarios de disidentes políticos en hospitales psiquiátricos.

La psiquiatría como especialidad de la medicina tiene la característica de permitir abusos más que otras áreas de la medicina, especialmente por el hecho de que sus diagnósticos se basan en consensos de un grupo calificado de psiquiatras. El diagnóstico de una enfermedad mental le da al Estado la posibilidad de retener en contra de su voluntad a un sujeto y de obligar a tomar acciones terapéuticas en aras de un bienestar para el sujeto y la sociedad. El diagnóstico psiquiátrico también da la posibilidad de impunidad e inmunidad, pues al declararse a una persona insana se puede evitar un proceso legal o una sentencia condenatoria.

## **B. La psiquiatría en Costa Rica**

En Costa Rica existen dos hospitales psiquiátricos: el hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí (con una capacidad para 811 camas) y el hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut con menos capacidad de atención.

Cada hospital general en Costa Rica tiene un servicio de psiquiatría con la opción de un número reducido de camas para internar pacientes con enfermedades psiquiátricas. Cada clínica central cuenta con un psiquiatra; pero es en las zonas rurales del país donde la falta de psiquiatras se hace más evidente (ejemplo de esto es que en todo el sector Atlántico hay disponibles únicamente dos psiquiatras para un aproximado de 400.000 habitantes).

Cada año se gradúan en promedio cinco médicos especialistas en psiquiatría, que han completado un programa de estudios de posgrado de tres años, llevado a cabo casi en su totalidad en el hospital Nacional Psiquiátrico.

### **1. Historia de la psiquiatría en Costa Rica**

El clérigo fue desde los tiempos de la colonia encargado de la atención de los enfermos mentales y desvalidos, el Obispo Esteban Lorenzo de Tristán había propuesto convertir la Iglesia de la Soledad ubicada en la provincia de Cartago en la primera casa hospitalaria de Costa Rica, pero no tuvo la aceptación necesaria y no fue hasta después de 1821, año de la independencia en que se creó un centro para el cuidado y la atención de los enfermos de lepra que fue el primer hospital de Costa Rica.

En 1845 se crea la Junta de Caridad (hoy llamada Junta de Protección Social), gracias a la cual se construye el primer hospital general llamado hospital San Juan de Dios. En el año 1869 en el hospital San Juan de Dios yacían seis enfermos mentales, lo cual generó un gran problema de manejo pues las condiciones de un hospital general no eran óptimas para tratar enfermedades mentales que eran atribuidas en esa época a factores hereditarios o exceso de consumo de alcohol.

Es el año 1883 que el Ministro de la Policía escribe una nota a la Junta de Caridad donde expone la -necesidad de internar a muchos individuos que deambulan por las calles con quebrantos de salud mental-. En 1885 se crea la lotería del "Hospicio Nacional de Locos", pero que al año siguiente y gracias a una partida específica del gobierno se da inicio a la construcción de edificio que estaría ubicado al lado del hospital San Juan de Dios y para lo cual se obtuvo un diseño de lo mejor de la época, con materiales importados desde Europa, incluso el gobierno de Costa Rica se encargó de convencer al joven Eduardo Pinto quien estudiaba medicina en Europa para que al finalizar los estudios universitarios realizara un posgrado en "alienismo", el que aceptó a cambio de un

préstamo para continuar sus estudios, luego de regreso a Costa Rica se convirtió en el director del nuevo Hospital Nacional de Insanos que fue inaugurado el 4 de mayo de 1890, donde en las actas de inauguración de la Junta de Caridad se anota:

*“Ya no serán los pobre dementes objeto de diversión para unos, de molestias para otros, de compasión para la generalidad de las gentes. Ya su desgracia será menos penosa, porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar así su condición, levantando este edificio que pudiese llamarse “templo”, por estar consagrado al culto de la virtud más sublime: la caridad.”<sup>2</sup>*

El Hospital de Insanos fue el primero en toda la región de Centroamérica, para el año 1891 contaba con un total de 158 enfermos de los que se recuperaron 99 y por tanto pudieron ser egresados con sus familias, era un centro muy eficiente ubicado en un edificio que se consideraba magnífico por su construcción sólida y bella. En sus inicios, el hospital tenía una marcada influencia de la psiquiatría alemana donde se formaron los primeros psiquiatras responsables de la institución. Posteriormente al terminar la II Guerra Mundial surge la psiquiatría comunitaria, influenciado por corrientes europeas propias de la época.

El 15 de setiembre de 1974 se inauguran las nuevas instalaciones del actual Hospital Nacional Psiquiátrico, con un concepto muy propia de la época, pues se trataba de un “hospital-granja”, que fue muy influenciada por los entonces directores que habían estudiado en España y que en su primer día de trabajo ya contaba con una ocupación de 90% lo que correspondía a mil pacientes. En esta misma etapa surge la revolución farmacológica y otros abordajes más complejos caracterizados por ser multi-disciplinarios, con psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

En el año 1990 Costa Rica firma la Declaración de Caracas, tras una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina; en general se trataba de integrar una modalidad de hospital de puertas abiertas, haciendo especial énfasis en la rehabilitación de los pacientes a modo de se pueden reintegrar a la sociedad y de “cerrar el asilo”. En el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica empieza una transformación importante donde se hacía gran énfasis en la rehabilitación y en cambiar el concepto de asilo por el de un hospital que se encarga únicamente de dar atención médica cuando es necesario. Después de más de veinte años de llevar a cabo el cambio del concepto han surgido una gran variedad de problemas: las técnicas de rehabilitación no han sido estandarizadas por lo que no hay un programa específico para todos los usuarios, la sociedad costarricense sigue esperando del Hospital Nacional Psiquiátrico su antigua función asilar en espera de ubicar a aquellas personas con enfermedades mentales que viven en extrema pobreza, sin apoyo de familiares y sin recibir atención médica de forma apropiada, o de resolver el problema de las personas con enfermedades que cometen actos criminales comunes (robo y agresión) de alta peligrosidad que por su condición mental se consideran inimputables. La desinstitucionalización de la psiquiatría en Costa Rica generó una problemática: la de no poder brindar asilo a las personas con enfermedad mental que no tenían a dónde ir, ni familia o que simplemente sus familiares no querían hacerse

---

<sup>2</sup> Reseña histórica recopilada por la Dra. Oliva Brenes, quien fuera directora del Hospital Nacional Psiquiátrico.

responsables; de nuevo ahora se había regenerado el problema que se buscaba resolver en 1890 donde de nuevo *“Los pobres dementes, vuelven a ser objeto de diversión para unos, de molestia para otros y (dudo que) de compasión para la generalidad de las gentes”*.

En el año 2002 ante la problemática generada dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico por no tener la capacidad de atender a las personas que habían sido internadas por orden judicial se crea una comisión para buscar soluciones, tras lo que en el año 2004 esta comisión recomienda la creación de un centro alternativo de atención para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, se elaboró un proyecto de ley que se tramitó en la Asamblea Legislativa y que requirió de la confección de varios borradores hasta que por último fue archivado, no obstante en el año 2009 la Sala Constitucional resolvió un recurso de amparo interpuesto por el familiar de un paciente del hospital Psiquiátrico que había sido agredido por otro paciente pero que se encontraba allí por orden judicial, el voto obliga a la Caja Costarricense de Seguro Social a crear en un plazo de un año un centro especializado para el tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación de pacientes inimputables o con imputabilidad disminuida. El día 22 de agosto del 2011 abre sus puertas e inicia funciones el Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL), con los primeros 16 pacientes provenientes del Hospital Nacional Psiquiátrico, no se trasladaron pacientes femeninas porque el centro no tenía una estructura física y el recurso humano suficiente para brindar la seguridad necesaria para ellas. De esta manera en cumplimiento a resolución de la Sala Constitucional de la Suprema Corte inicia su funcionamiento el centro con dependencia administrativa del Hospital Nacional Psiquiátrico como un servicio de éste, sin ser aun el centro propiamente dicho como lo ordena la Sala en su primera resolución.

## **2. La cuestión judicial de la psiquiatría en Costa Rica**

La psiquiatría como especialidad médica, ha formado parte del control social, pues de cierta manera determina cuál es el funcionamiento “normal” de un sujeto y aquel que se encuentra por fuera de esta normalidad se encuentra en riesgo de ser considerado un enfermo mental y desde la concepción biológica de la enfermedad, sería de esperar que con un tratamiento apropiado aquel sujeto se comporte dentro de la normalidad aceptada. Este es justamente el poder que respalda a la psiquiatría y el abuso de este poder ha llevado a cometer grandes injusticias a lo largo de la historia y en todo el orbe.

El principal punto de encuentro entre la psiquiatría y la cuestión judicial se da en el concepto de las medidas de seguridad curativas que se aplican aquellas personas que por su enfermedad mental cometen delitos pero no se les puede culpar por ellos por lo que son sometidos a medidas de seguridad. Por definición, las medidas de seguridad son aquellas que se imponen cuando no es posible aplicar una pena, el juez la indica con un efecto preventivo a aquel sujeto cometa un acto delictivo, pero que desde la teoría del delito no puede ser culpado justamente por el defecto en su

culpabilidad, por lo que se entiende que las medidas de seguridad atienden a la peligrosidad del sujeto, exteriorizada a través de un ilícito penal, por lo que son consideradas medidas de prevención especial.

Dado que la existencia de la enfermedad mental acompaña a la humanidad desde su origen, los problemas asociados a este grupo de personas también, no obstante el manejo que se hacía de ellos y de sus conductas era acorde a las creencias que se tenía sobre el origen de las enfermedades mentales, así que cuando se les consideraba posesiones demoníacas se practicaban exorcismos y cuando se les consideraba castigos divinos se realizaban penitencias. En la época moderna ya se tenía claro que las enfermedades mentales tenían una base biológica, pero no se había extendido la tecnología ni el conocimiento en psiquiatría a los lugares más lejanos de los centros de conocimiento y es por esta razón que en Costa Rica, el Código Penal de 1924, en su artículo 32 se exponía:

*“Los jueces y tribunales declaren la irresponsabilidad de un procesado por causa de locura, ordenará su reclusión en un manicomio, del cual no podrá salir, sino por resolución judicial, previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo cause daño...A falta de casa de locos, el tribunal proveerá lo conveniente para la guarda del insano”.*

Es así como se regulaba el tratamiento jurídico que se hacía en Costa Rica de las personas con enfermedad mental, que cometían algún ilícito.

Las medidas de seguridad curativas son reguladas en el Código Penal costarricense en 1970, donde se especifica el carácter jurisdiccional de las medidas, debiendo ser ordenadas por Tribunales de Justicia que debe preceder la existencia de la peligrosidad del sujeto que delinque, su aplicación era accesoria en relación con la pena y la peligrosidad se definía como predisposición de una persona de la cual resultaba la posibilidad de delinquir, además de que se enmarcó dentro de un sistema dualista en la legislación penal. En el artículo 42 de ese mismo Código se establece que:

*“Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes.”*

También en el mismo Código, en el artículo 100 se menciona que:

*“Las medidas curativas de seguridad son de duración indeterminada. Cada dos años el Tribunal se pronunciará sobre el mantenimiento, la modificación o la cesación de la medida de seguridad impuesta, sin perjuicio de hacerlo en cualquier momento, mediante informes del Instituto de Criminología. Las medidas de seguridad no se extinguen por amnistía ni por indulto. Tampoco pueden suspenderse condicionalmente. El quebrantamiento de una medida de seguridad, implica la posibilidad de que se reanude el tratamiento a que estaba sometido el sujeto.”*

Tal y como textualmente lo menciona Desanti Morales respecto a las medidas de seguridad curativas que se le imponen a las personas con enfermedad mental en Costa Rica:

*“Repasando la historia del surgimiento de las medidas de seguridad, sólo se puede llegar a la conclusión de que los sujetos inimputables quienes son sometidos a las medidas de seguridad, desde su surgimiento y hasta la actualidad no han gozado nunca de ningún tipo de seguridad jurídica. Su situación históricamente ha sido totalmente incierta frente al ordenamiento jurídico.” (Desanti Morales, 2010<sup>3</sup>)*

Con el crecimiento de la población costarricense, también creció la cantidad de personas con enfermedades mentales y surgen cada vez situaciones particulares a las que el sistema ha tenido que modificarse para poder atender la demanda. Desde la creación del Hospital Nacional Psiquiátrico, personas diagnosticadas o con sospecha de tener una enfermedad mental pero que además tenían conflictos con la ley eran internados ahí, en un principio para hacer estudios diagnósticos que concluyeran o descartaran la presencia de enfermedad mental y también como medidas de seguridad.

En la investigación realizada por Desanti Morales, se encontró que de los sesenta y un casos que se encontraban internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico por medidas de seguridad, cerca de la mitad eran medidas con plazos indeterminados, y donde la misma autora textualmente afirma que:

*“...El discurso que suele legitimar la indeterminación de las medidas de seguridad, responde a su naturaleza terapéutica, no obstante, la práctica, ha evidenciado que la ausencia de seguimiento/control por parte de las autoridades judiciales y psiquiátricas, hacen que éstas medidas asuman potencialmente su carácter de perpetuo, atentando así contra la seguridad jurídica y; de manera más específica, contra la prohibición de perpetuidad de la pena. Se indica esto, precisamente porque pese a que las medidas de seguridad son consideradas no punitivas, su realidad de encierro les torna aún más agresivas que las penas de prisión mismas, toda vez que su indeterminación es permitida...” (Desanti Morales, 2010).*

Y en donde también en esta misma razón el Dr. Álvaro Hernández comenta la dificultad que las medidas de seguridad de tipo indeterminada generan sobre los sujetos a quienes se les impone y sobre el sistema de salud que debe asumirlo:

*“El manejo de tiempos judiciales y penas de carácter indefinido favorecen la exclusión social de hecho y la institucionalización, al generar el rechazo y el abandono familiar, provocando mayor exclusión social de la persona con discapacidad mental y menos oportunidades efectivas del reinserción social.*

*La mayoría de las medidas impuestas a largo plazo se convierten en vitalicias, ya que el cautivo pierde sus lazos sociales y sus capacidades de reinserción familiar o laboral, por lo*

---

<sup>3</sup> Se trata de una Tesis de grado del año 2010, para obtener el título de Licenciada en Derecho, donde la autora María del Mar Desanti hace un análisis de las medidas de seguridad de internamiento y su indeterminación como violación al principio de seguridad jurídica en Costa Rica y específicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico.



*que debe ser asumido por el hospital como un usuario institucionalizado de por vida al término de la condena, o antes si así lo determina el juez executor de la pena por razón social.” (Hernández, Villalobos 2008<sup>4</sup>)*

La infraestructura y el personal del Hospital Nacional Psiquiátrico, no tenían las condiciones necesarias para dar atención y cuidado a esta población, lo que generó muchas denuncias por parte de familiares y pacientes de haber sido víctimas de abusos de todo tipo por parte de este grupo de pacientes que habían ingresado al hospital por orden judicial. En el año 2011 se acuerda crear un pabellón especializado para atender esta población que iba en crecimiento constante, no obstante este pabellón se ubicaba fuera de los confines estructurales del Hospital Nacional Psiquiátrico, recientemente se le acuñó el nombre de Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL) y tiene una capacidad de 100 camas, depende administrativamente y financieramente del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Uno de los problemas que surgen con la creación de este centro es la falta de normativa respecto qué tipo de patología se debe de internar, por cuánto tiempo, con qué objetivo, entre otros; al no haber una normativa clara se convierte en una opción por mucho cómoda para en otras palabras asilar a una población que por lo general siguen un mismo perfil: baja capacidad intelectual con consumo crónico de drogas y que comenten actos delictivos por lo general de agresión a otros, con o sin enfermedad mental; que sin duda es un grupo de riesgo y que requiere atención específica. Las acciones más recientes que se han observado es cuando los familiares de estos sujetos, son quienes solicitan medidas de protección por la Ley de Violencia Doméstica y que el sujeto con su evidente limitación intelectual no va a comprender e inmediatamente rompe de forma reiterada lo que lleva a ser acusado por desobediencia y procesado, con el fin de que se le ubique en este nuevo centro pues el Hospital Nacional Psiquiátrico es incapaz de dar solución a esta problemática.

La desinstitucionalización del Hospital Nacional Psiquiátrico, y la institucionalización de las personas con enfermedad mental en conflictos con la ley, no ha sido suficiente para dar respuesta a la necesidad de atención integral de todas las personas que tiene algún tipo de enfermedad mental; considero que entre muchas de las acciones que deben ser consideradas como posibles soluciones es la creación de nuevo de un tipo de asilo, para brindar albergue a estas personas que no pueden valerse por sí mismas y a sus familias en desesperación y en la mayoría de los casos sin el recurso económico para atender a sus familiares en situaciones de desventaja; es necesario también normar el uso del CAPEMCOL y lograr un consenso judicial respecto al trato que deben recibir las personas con enfermedades mentales y conflictos con la ley; también ha surgido la necesidad de crear un centro especializado en adicciones, pues el país cuenta con poca infraestructura en la atención de esta problemática que cada día cobra mayor importancia.

---

<sup>4</sup> El Dr. Álvaro Hernández Villalobos ocupa en la actualidad el puesto de jefatura del servicio de hospitalización y rehabilitación del hospital Nacional Psiquiátrico quien como trabajo final para la especialidad de administración en servicios de salud realizó una investigación sobre el impacto de las medidas de seguridad curativas en el hospital Nacional Psiquiátrico, en el año 2008.

### C. Enfermedad Mental y Derechos Humanos

Los derechos humanos son aquellos inherentes a la persona y por lo tanto las personas con enfermedad mental tienen gozar de los mismos derechos pero considerando que además están en una condición de vulnerabilidad a la violación de sus derechos al contar con una discapacidad.

Además del sufrimiento debido a la enfermedad mental, existe la carga de la estigmatización y la discriminación que han acompañado a estas enfermedades y a sus portadores a lo largo de la historia y que se evidencia con la generación de estereotipos, miedo, vergüenza, enojo, rechazo y exclusión, además de haber sido víctimas de violaciones de derechos humanos, libertades básicas y la denegación de derechos civiles y políticos, económicos y culturales tanto en el ámbito institucional como en la comunidad; también el abuso físico, sexual y psicológico es una experiencia frecuente para muchas personas con enfermedad mental; por otro lado deben enfrentarse continuamente con tratos injustos en materia laboral, discriminación en el acceso de servicios, educación, seguros de salud y vivienda, la mayoría de estas situaciones no son denunciados, la persona con enfermedad mental enfrenta su destino no solo como víctima de la enfermedad que el aqueja sino como la discriminación y estigmatización que conlleva llegando a aceptar tales tratos incluso como normales, al igual que lo hace el resto de la sociedad que mira de reojo esta situación con una total pérdida de sensibilidad.

En el año 1948 las Naciones Unidas (ONU) adoptaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, posteriormente en 1984 la Convención de la ONU contra la Tortura establecía una protección sustancial contra la tortura, tratos inhumanos, crueles o degradantes, que se plasmó en el Protocolo de la Convención contra la Tortura que establecía la creación del Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura que obligaba a los Estados a establecer mecanismos de prevención nacionales que supervisarán los derechos de las personas en las instituciones relacionadas con la salud mental y de atención social. El último tratado de la ONU sobre derechos humanos es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que representa el cambio de la conceptualización de la discapacidad donde supone el reconocimiento explícito de que la discapacidad es un motivo de discriminación, se trata de un nuevo paradigma que incluye a las personas con enfermedad mental, reorienta las políticas relativas a las personas con discapacidad no como a una actitud altruista sino como una rotunda exigencia basada en el respeto de los derechos humanos.

El concepto de discapacidad no es estable, puede cambiar dependiendo del contexto en que se halle la persona y de las condiciones socio-económicas y políticas, lo que significa que si se eliminan las actitudes y obstáculos ambientales y jurídicos, las personas con discapacidad podrían participar como miembro activo de la sociedad y ejercer sus derechos como cualquier otra persona. Por esta razón se hace fundamental un trato especial para disminuir la brecha que existe entre un sujeto sin discapacidad a uno con discapacidad tal como una enfermedad mental, por lo que es necesario asegurar a las personas con enfermedad mental el acceso a:

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual, o de otra índole, el maltrato físico y trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita la nación.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y de personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

El respeto a la dignidad e integridad debe estar presente en todo momento en el trato hacia las personas con enfermedades mentales, además de garantizarles una atención médica adecuada, así como un manejo confidencial de sus expedientes y programas de rehabilitación psicosocial que los ayuden a reincorporarse rápidamente, si es posible a su medio familiar y social. Las personas que requieran ser hospitalizadas deben, igualmente ser tratadas con respeto y seguridad, proporcionándoles una convivencia armónica en el interior de la institución con la finalidad de lograr mayores beneficios para su tratamiento y reincorporación a la sociedad.

Es necesario contar con una legislación clara en salud mental, que proteja a los ciudadanos vulnerables, al mismo tiempo que promueva el acceso a la atención en salud mental, pues según los objetivos de la Carta de las Naciones Unidas los derechos humanos deben constituir la base fundamental para crear una legislación de salud mental, donde los principios más importantes se encuentra el de la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la privacidad y la autonomía personal, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y participación.

## **1. La discriminación y la salud mental**

La discriminación adopta muchas formas y afecta áreas fundamentales de la vida y se le reconozca o no es omnipresente, tiene fuerte impacto sobre el acceso de una persona al tratamiento y atención adecuadas, como sobre otras áreas de la vida como el empleo, la educación y la vivienda, en general produce un impedimento para la adecuada integración de la persona con enfermedad mental a la comunidad a la que pertenece, produciendo un aumento en la ya de por sí, condición de aislamiento experimentado por estas personas situación que sin duda agrava los síntomas de la enfermedad.

## **2. Violaciones de derechos humanos**

Las personas con enfermedad mental a lo largo de la historia han sido víctimas de violaciones de sus derechos humanos, incluso en la época contemporánea después de la declaración de los Derechos Humanos, estas personas han sido y siguen siendo víctimas de violaciones incluso en las instituciones y bajo el cuidado de trabajadores de la salud.

Las condiciones de vida a las que se enfrentan son muy duras, marginación económica, discriminación, desprotección legal contra al tratamiento impropio y abusivo.

También suelen ser frecuentemente privadas de su libertad por períodos de tiempo prolongados sin respeto del debido proceso y a veces incluso como producto de un indebido proceso como cuando se permite una detención en un centro psiquiátrico sin estricta limitación temporal o sin informes periódicos. También son expuestos en estos mismos centros a tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, que incluye la agresión sexual y el abuso físico. Hay personas, que han permanecido internadas en un hospital psiquiátrico toda su vida y en contra de su voluntad.

Por lo general los consentimientos relacionados con el internamiento y el tratamiento son ignoradas o tomadas a la ligera, pero también en el otro extremo cuando no hay disponibilidad de espacio para internamiento muchas veces se le niega la admisión o se da un egreso prematuro que puede llevar a una descompensación de su enfermedad y las complicaciones propias de esa condición, constituyendo una violación a recibir atención médica oportuna y adecuada.

Muchas veces también son víctimas de privación de libertad y tratos crueles en sus mismos hogares, donde incluso se les ha encadenado y agredido sistemáticamente, privando además de su derecho a recibir atención médica.

### **3. Autonomía y libertad**

Una adecuada legislación en salud mental puede permitir la participación en la planificación del tratamiento y otras decisiones a los enfermos, sus familiares o representantes. La ley debe establecer un equilibrio entre conceder facultades a los familiares para salvaguardar los derechos de la persona y establecer controles sobre los parientes que demuestren tener intereses propios o pobreza de criterio para tomar decisiones.

Es frecuente que las personas con enfermedad mental sean objeto de violencia, aunque la percepción pública habitual es que más bien son individuos violentos y que constituyen un peligro para los demás; esta situación puede provocar conflictos entre el derecho individual a la autonomía y la obligación de la sociedad a evitar daño contra toda persona, esto cuando las personas con enfermedad mental constituyen un riesgo para sí mismos y para los demás debido a una limitación en su capacidad de toma de decisiones o a perturbaciones de la conducta asociados a su enfermedad de fondo, en estas circunstancias una adecuada legislación debe tomar en cuenta tanto el derecho de todo individuo a la libertad y a tomar decisiones relacionadas con la propia salud, como a las obligaciones de la sociedad de proteger a las personas que no estén en condiciones de cuidarse por sí mismas y de proteger a toda persona de daños y de preservar la salud en general de toda la población.

### **4. Pobre acceso a salud**

Las personas con enfermedad mental tiene peor salud que la población en general y muchas veces en los mismo centros de salud mental se atribuyen los síntomas que aqueja esta población a su condición psiquiátrica y no se realizan los estudios pertinentes que podrían llevar a un adecuado diagnóstico y tratamiento, esto supone una clara vulneración del derecho a la protección de la salud en igualdad de condiciones que cualquier otro ciudadano.

### **5. Derechos de las personas con enfermedades mentales sometidas a la ley penal**

Contar con una adecuada legislación en salud mental, es necesario para tratar justamente a las personas que han cometido algún delito por causa de su enfermedad mental y también la de prevenir abusos contra las personas con enfermedad mental que han ingresado al sistema de justicia penal. La legislación costarricense al igual que la mayoría de legislaciones en el mundo reconoce que las personas que no tuvieron control de sus acciones debido a trastornos mentales al momento del hecho delictivo, o que no han podido comprender y participar en los procedimientos judiciales por causa de su enfermedad mental requieren de garantías procesales tanto al momento del juicio pero sobretodo en la determinación de la sanción, no obstante en

Costa Rica es poca la especificación y el cumplimiento sobre el manejo que deberían darse a las medidas de seguridad curativas donde se obliga al sujeto a permanecer internado en un hospital psiquiátrico y donde como consecuencia de esta falta de especificación se producen violaciones a los derechos humanos.

El derecho a la salud es un derecho humano básico, en relación a las personas que se encuentran privadas de libertad la norma en materia de salud es la misma que para el resto de la población, pues el único derecho que un condenado deja de gozar es la libertad ambulatoria, el resto de los derechos deben estar garantizados. Las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos establecen, en lo que tiene que ver con los enfermos mentales, en su artículo 82:

*“Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.”*

Mientras que el artículo 83 establece que:

*“Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en casi necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social post-penitenciaria de carácter psiquiátrico.”*

## **6. Las Políticas Nacionales en Discapacidad**

Las políticas Nacionales en Discapacidad constituyen un mecanismo que visibiliza de manera particular las características de esta población, la formulación de este tipo de políticas debe ser incluyente o sea que el reconocimiento de las demandas de la población no solo beneficie a la población con discapacidad, sino a la sociedad en su conjunto, siendo la meta lograr la autonomía e integración a la sociedad de todas las personas con discapacidad.

La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, da pie a la creación en Costa Rica de la Ley<sup>2</sup>7600, que ha venido a facilitar el proceso de cambio de actitud de la sociedad costarricense, su contenido se refiere al uso y accesibilidad a todos los programas y servicios brindados por las instituciones públicas y privadas, al espacio físico, a la información y a la comunicación, a la provisión de ayudas técnicas y servicios de apoyo y equiparación de las oportunidades en la escuela, la salud, el trabajo, el deporte, la recreación y la cultura.

En el artículo 4 de la Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad se señala que el Estado está obligado a:

- a) Incluir en planes, políticas, programas y servicios de sus instituciones, los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad a los servicios que, con base en esta ley, se presenten; así como desarrollar proyectos y acciones diferenciados que tomen en consideración el menor desarrollo relativo a las regiones y comunidades del país.
- b) Garantizar que el entorno, los bienes, los servicios y las instalaciones de atención al público sean accesibles para que las personas las usen y disfruten.
- c) Eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación o impiden a las personas con discapacidad tener acceso a los programas y servicios.
- d) Apoyar a los sectores de la sociedad y a las organizaciones de personas con discapacidad, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades.
- e) Garantizar el derecho a las organizaciones de personas con discapacidad de participar en las acciones relacionadas con la elaboración de los planes, políticas, programas y servicios en los que estén involucradas.
- f) Divulgar esta ley para promover su cumplimiento.
- g) Garantizar, por medio de las instituciones correspondientes, los servicios de apoyo requeridos por las personas con discapacidad para facilitarles su permanencia en la familia.
- h) Garantizar que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencias, que no cuentan con una familia o se encuentren en estado de abandono, tengan acceso a los medios que les permita ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna.

En el presente enfoque, interesa el acceso a los servicios de salud integral y a la seguridad social como garantes de una mejor calidad de vida para toda la población, pues la salud trasciende la atención a la enfermedad y se vincula con la calidad de vida y el bienestar de la población. Las personas con una discapacidad producto de una enfermedad mental requieren que se protejan sus derechos y que además se le garantice el acceso a seguridad social y atención médica especializada, pero más relevante es desarrollar estrategias de rehabilitación basada en la comunidad, de modo que puedan lograr una máxima independencia, autonomía pero sobre todo la integración a la sociedad como personas útiles que pueden aportar y participar.

## **II. Segunda Parte: Desarrollo de la Investigación**



## A. El tratamiento jurídico del enajenado mental en la legislación costarricense.

Los conceptos de enajenación mental e inimputabilidad, son conceptos estrictamente jurídicos y no necesariamente se pueden entender desde la perspectiva clínica-psiquiátrica, pues sin duda existen muchas condiciones clínicas que podrían generar una situación de enajenación mental y que ante la comisión de un ilícito un sujeto sería entonces considerado inimputable, pues al fin y al cabo estos conceptos responden a la doctrina jurídica y su definición de delito, que requiere de que al sujeto se le pueda reprochar la culpa de tal acción.

Según Arias Madrigal la imputabilidad es entendida desde la perspectiva de doctrina jurídica como:

*“Los requisitos y condiciones exigidos a una persona que ha cometido un hecho antijurídico se estudian en la imputabilidad. Aunque doctrinalmente el concepto ha sido explicado de diversas maneras, me inclino por la posición doctrinal que entiende la imputabilidad como capacidad de culpabilidad, en la medida que es capacidad de imputación subjetiva, con inmediata y personal referencia al agente y al hecho. Se trata pues, de un elemento o componente del reproche de culpabilidad, según el cual, procede interrogar acerca del mal uso de la capacidad de autodeterminación en que la imputabilidad consiste.”<sup>5</sup>*

Lo importante desde la perspectiva clínica es lograr establecer la capacidad mental general de un sujeto desde la capacidad cognitiva o intelectual para comprender y discernir entre el bien y el mal, lo lícito de lo ilícito, la capacidad volitiva y esto quiere decir que su voluntad no esté comprometida ni coaccionada por una condición clínica, la capacidad de juicio que incluye la posibilidad entender claramente el medio ambiente en que se desenvuelve y poder reaccionar de forma apropiada a ese medio y por último la capacidad de regular la conducta en función de todas las otras capacidades, esto es lo que al final le permite a un sujeto auto-determinarse y por tanto ser plenamente responsable de sus acciones y puede entonces asumir un castigo en caso de que haya quebrantado la ley. Ahora bien, existen una infinidad de factores que podrían incidir en estas capacidades, pero el interés de esta investigación se limita a las enfermedades mentales que producen abolición o disminución de las capacidades antes mencionadas y que entonces el tratamiento jurídico ante la comisión de un ilícito sería el de un inimputable o una imputabilidad disminuida.

---

<sup>5</sup> Arias Madrigal, Doris María, en el artículo de la Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal de diciembre del año 2002, llamado **El Trastorno mental transitorio y sus consecuencias en la imputabilidad, con especial referencia al trastorno de estrés post-traumático y la violencia doméstica**, cita tomada de la pag. 142.

## 1. Imputabilidad, inimputabilidad e imputabilidad disminuida.

Respecto a la imputabilidad, el derecho penal debe realizar un juicio previo respecto a la existencia o no de la imputabilidad que se fundamenta en la culpabilidad y de ahí entonces que se puede establecer la imputabilidad y por tanto la imposición de una pena y dicho de otra forma; sin imputabilidad no podrá hablarse de culpabilidad ni tampoco de pena; la imputabilidad se puede definir como:

*“El conjunto de requisitos psico-biológicos, exigidos por la legislación penal vigente, que expresan que la persona tenía la capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado por ella y de actuar en los términos requeridos por el ordenamiento jurídico.”*<sup>6</sup>(Cobo 1999, citado por Camacho 2007)

Debe entenderse que cuando una persona inimputable realiza una acción tipificada, no está cometiendo un delito, aun cuando su conducta haya lesionado bienes jurídicos, esto debido a que no cumple con el requisito de culpabilidad y por tanto no puede ser considerado delito.

El concepto moderno de delito involucra el elemento de tipicidad que hace referencia a la infracción de la ley del Estado, la antijuricidad que habla del carácter dañoso y por último la culpabilidad basado en que se es moralmente imputable o reprochable.

Históricamente<sup>7</sup> la Escuela Positivista Italiana basaba su concepto de delito en cuatro elementos que a su vez tenían dos aspectos; sujeto: activo y pasivo, acción: psíquica y física, y daño: público y privado. La Escuela Clásica desarrollada en los primeros años del siglo XX y donde sus máximos exponentes eran Von Liszt y Beling, teorizan sobre que la culpabilidad se compone de dolo y culpa y que por otra parte la imputabilidad entendida como la capacidad o propiedad que tiene un sujeto de entender, determinándose libremente resulta en un presupuesto de la culpabilidad, siendo ésta la concreción de la imputabilidad y de ahí que se entienda que sin imputabilidad, no puede existir culpabilidad. Las teorías más actuales respecto a la culpabilidad hablan de varios elementos: la culpabilidad o imputabilidad, el conocimiento del injusto o de la antijuricidad y por último la exigibilidad de un comportamiento conforme a derecho.

Es importante tener claro que cuando una persona ha sido declarada inimputable gracias a que cuenta con una enfermedad mental que la limita para asumir responsabilidad por sus acciones, no tiene cabida un castigo o pena, el verdadero entendimiento gira en torno a si producto de la enfermedad mental el sujeto cometió un acto definido como delito y que si esta es la razón entonces ayudarle a restablecer su salud podría de algún modo evitar la comisión de futuros actos

---

<sup>6</sup> Cobo del Rosal y Vives Antón. Derecho Penal, Parte General 1999, pag 581, citado por Camacho Morales, Jorge en el libro **La Culpabilidad, teoría y práctica**, en la primera edición del año 2007.

<sup>7</sup> Información obtenida de la revisión histórica realizada por Frank Harbottle en su libro: **Imputabilidad disminuida: hacia una redefinición de la imputabilidad e inimputabilidad**, editado en el 2012 por Juritexto, en San José Costa Rica.

delictivos, esto es un razonamiento en función de interés superior de la persona con una discapacidad mental, y por tanto cabe el dictar un internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico, con la intención de recuperar su salud mental y de que pueda volver a integrarse a su núcleo familiar y a la comunidad a la que pertenece, como un miembro activo y productivo. Ahora bien, este no es el único razonamiento por el cual se dicta un internamiento involuntario en un centro psiquiátrico, pues el otro se basa en el “mito” que sustenta la misma Escuela Positivista Italiana de que las personas con enfermedad mental son “peligrosas” y perjudiciales para la comunidad a la que pertenecen, basado en esta idea se dicta un internamiento con el supuesto objetivo de resolver el tema de peligrosidad y esto explicaría la tendencia que hasta hace algunos años existe en Costa Rica de que las medidas de seguridad de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico son de plazos indeterminados y como al estar basados en la peligrosidad de la enfermedad mental y donde considerando que muchas de las enfermedades mentales son crónicas y por tanto incurables se justifique así un internamiento que podría llegar a ser de por vida.

La imputabilidad requiere de dos elementos

- La capacidad de comprender la anti-juricidad del hecho que se realiza.
- La capacidad de dirigir la actuación conforme a dicha comprensión.

La primera situación se da cuando el sujeto se halla en una situación mental en la que no puede percatarse suficientemente de que el hecho que realiza se halla prohibido por el derecho y el segundo supuesto se presenta cuando el sujeto aunque comprenda la prohibición, es incapaz de determinarse o de auto-controlarse con arreglo a la comprensión del carácter ilícito de su conducta.

Los conceptos de imputabilidad e inimputabilidad son absolutos y de ahí que no generen mayor polémica respecto a su definición y el tratamiento jurídico correspondiente, no obstante el tercer elemento de la teoría del delito corresponde a la imputabilidad disminuida que aparece desde el siglo XIX suele generar polémica. En su libro de Imputabilidad Disminuida el autor Frank Harbottle, explica que respecto a la imputabilidad disminuida la Escuela Clásica consideró que la persona normal es totalmente responsable y la completamente anormal totalmente irresponsable, por lo que quien padece de un trastorno mental incompleto debe ser responsable solo de manera atenuada, mientras que para la Escuela Positiva la categoría de imputabilidad disminuida comprende los delincuentes que no están completamente enfermos ni totalmente sanos; sin embargo, al fundarse en el determinismo y la defensa social, parte de que estas personas son más peligrosas que quienes poseen plena aptitud para delinquir y, por lo tanto resulta absurda una atenuación de su sanción. Ambas escuelas coinciden que la imputabilidad disminuida es lo mismo que la capacidad mental incompleta o disminuida, y este concepto de imputabilidad disminuida se incorporó en los distintos códigos penales, siendo pionero el Código Penal Alemán de 1871.

El tema de la imputabilidad disminuida genera polémica, al punto que en las conclusiones finales de su libro el autor Frank Harbottle plantea la eliminación del concepto de imputabilidad disminuida:

*“La propuesta de eliminación de la imputabilidad disminuida –a partir de una redefinición de los conceptos de imputabilidad e inimputabilidad- obedece a que este instituto jurídico es sinónimo de capacidad mental parcial o incompleta, indistintamente de la intensidad de la disminución. Bajo la nueva fórmula que se plantea, se sigue considerando imputable a quien no posea plena capacidad e imputabilidad quien no la posea, es decir, en este sentido no hay ninguna variación. El cambio radica en que a partir de ahora, ante una disminución de capacidades, en el dictamen pericial deberá hacerse una análisis más profundo, cuidadoso y detallado que venga a explicar en qué consiste esa disminución y, por otra parte, las y los jueces deberán determinar –con base en esta prueba y los demás elementos probatorios existentes- si en el momento del hecho la persona imputada tenía o no capacidad suficiente para comprender su carácter ilícito o de determinarse de acuerdo con esa comprensión.” (Harbottle 2012) <sup>8</sup>*

---

<sup>8</sup> Frank Harbottle, libro del 2012 **Imputabilidad Disminuida: hacia una redefinición de la imputabilidad e inimputabilidad**, pagina 238.

## **2. Evolución histórica del tratamiento del enajenado mental en los Códigos Penales de Costa Rica**

Frank Harbottle quien en su libro trata de redefinir los conceptos de imputabilidad, inimputabilidad y de imputabilidad disminuida, hace un recorrido histórico por los distintos Códigos Penales de Costa Rica y su referencias a esta temática.

### ***a) Código General del Estado 1840***

El Código de Carrillo como se le conoce a este código en su artículo número 13, hace referencia a las circunstancias que destruyen el delito, destacando en el inciso segundo el cometerlo en estado de demencia, mientras que en inciso sétimo se menciona sobre cometer un delito en estado dormido, de delirio o privado del uso de razón; en estos casos se consideraba que no se le podía reprochar su conducta, pero no se disponía de la aplicación de medidas de seguridad.

En el artículo 15, inciso octavo se menciona que se disminuía el grado de delito el haberlo cometido en un estado de embriaguez involuntaria, pero que necesariamente no hubiese antes de ella una intención de cometer el delito o enemistad con el ofendido y que la embriaguez no haya sido habitual en el delincuente, y por último que no hubiese servido de excusa en un juicio anterior.

### ***b) Código Penal 1880***

En el artículo 10 de este código se eximía de responsabilidad penal al loco o demente que no hubiese obrado en un intervalo lúcido, así como estar privado de razón por cualquier causa independiente de su voluntad, además decretaba que cuando el loco o demente hubiese ejecutado un hecho calificado como delito, el tribunal podía decretar su reclusión en un establecimiento de salud y no podía salir sin previa autorización judicial.

Se contempla como atenuante el ejecutar el hecho en estado de embriaguez cuando no fuera habitual. Aquí se conceptualiza la inimputabilidad como un eximente de responsabilidad, sea por demencia, locura, o privación de razón.

### ***c) Código Penal de 1924***

En el artículo 32 de este código se eximía de responsabilidad por actos u omisiones legalmente imputables: a) el loco o demente, b) el idiota, el imbécil o quien por estado patológico u otra causa independiente de su voluntad hubiera carecido por completo de conciencia o de dominio de sí mismo al ejecutar el hecho; c) el sordomudo calificado como incapaz de discernir.

El artículo 22, consideraba el estado de embriaguez como un atenuante en caso involuntario o de conocido sobrio.

Cuando se declaraba a un sujeto irresponsable por locura, éste debía ser recluido en un manicomio donde no podía salir hasta la resolución judicial previo a un dictamen de peritos que establezca que había desaparecido el peligro de que el enfermo causara daño (concepto de peligrosidad).

#### *d) Código Penal y de Policía de 1941*

El artículo 25, habla que están exentos de pena y sujetos a medidas de seguridad el sordomudo no educado y el que por estado de enajenación mental al momento del hecho fuera incapaz de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de dirigir sus acciones.

En el artículo 28, enumera como atenuantes la debilidad mental por edad avanzada o el actuar en virtud de actos graves e injustos cometidos por otros.

En el artículo 112, establece que la internación en un centro psiquiátrico no podía cesar a no ser por resolución judicial dictada previo a un dictamen médico.

En este código existía la posibilidad de internamiento en un manicomio o la de condenar a una pena disminuida por anomalía mental que no resultara en enajenación completa y una vez cumplida la pena en la medida en que estimara que el infractor era peligroso, de nuevo acá se puede identificar una influencia del concepto de peligrosidad derivado de la Escuela Positivista.

#### *e) Actual Código Penal de 1970*

Este código en su artículo 42, brinda una definición clara de lo que debe considerarse la inimputabilidad y aunque no se define el concepto de imputabilidad este se entiende como lo opuesto a la inimputabilidad; pero además este código es el que viene a instaurar de forma expresa el concepto de inimputabilidad disminuida basado también en la influencia de la Escuela Positivista y el concepto de peligrosidad, visualizado no solo desde los estados morbosos sino de otras circunstancias como los llamados trastornos de la conciencia.

### 3. Las medidas de seguridad

Las medidas de seguridad son medios especiales preventivos, privativos o limitativos de bienes jurídicos, impuestos por las autoridades judiciales a aquellas personas que nuestro ordenamiento jurídico penal califica de “inimputables”, con el fin de “readaptarlos” a la vida social, sea con medidas de educación, de corrección o curación. Son medidas de internamiento en centros hospitalarios o centros técnicos especializados.

La medida de seguridad es:

*“La consecuencia imponible por el ordenamiento jurídico a quien ha cometido culpablemente un hecho punible, o a quien ha transgredido la ley penal en situación de inculpabilidad, atendida su inimputabilidad<sup>9</sup>”* (Fernando Velázquez, 1995).

En la legislación costarricense no se define el concepto de imputabilidad, pero sí el de inimputabilidad que se define el artículo 42 de Código Penal:

*“Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter del ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes”.*

También en el artículo 43 de Código Penal costarricense:

*“Se considera que actúa con imputabilidad disminuida quien, por efecto de las causas a que se refiere el artículo anterior (artículo 42 Código Penal), no posea sino incompletamente, en el momento de la acción u omisión, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho de determinarse de acuerdo con esa comprensión”.*

Acá se señala que la anulación de esas capacidades puede presentarse parcialmente, lo que da paso al concepto de imputabilidad disminuida, siendo la consecuencia jurídica de la inimputabilidad como la imputabilidad disminuida la no aplicación de una pena y en su lugar el empleo de una medida de seguridad.

Además el Código Penal de Costa Rica hace la salvedad en el artículo 44 sobre la perturbación provocada contando con plena conciencia de antemano y con la intención de provocar la perturbación que le permita cometer el ilícito:

*“Cuando el agente haya provocado la perturbación de la conciencia a que se refieren los artículos anteriores, responderá del hecho cometido por el dolo o culpa en que se hallare*

---

<sup>9</sup> Velásquez Velásquez, Fernando. Derecho penal general. Editorial Temis. Bogotá Colombia. 1995. Pag. 103.

*en el momento de colocarse en tal estado y aún podrá agravarse la respectiva pena si el propósito del agente hubiera sido facilitar su realización o procurarse una excusa”.*

Para poder definir estas condiciones es necesaria una valoración psiquiátrica, tal como lo dicta el artículo 87 del Código Procesal Penal de Costa Rica; el imputado será sometido a un examen psiquiátrico o psicológico cuando el tribunal considera que es indispensable para establecer la capacidad de culpabilidad en el hecho. El tribunal podrá ordenar la internación del imputado en un establecimiento asistencial, previa comprobación, por dictamen pericial de que sufre una grave alteración o insuficiencia de las facultades mentales, que lo tornan peligroso para sí o para terceros, cuando medien los siguientes requisitos:

- La existencia de elementos de convicción suficientes para sostener, razonablemente, que es autor de un hecho punible o participe en él.
- La existencia de una presunción suficiente de que no se someterá al procedimiento u obstruirá un acto concreto de investigación

Procedimiento especial: este procedimiento se seguirá cuando haya elementos probatorios de los cuales pueda deducirse razonablemente que corresponde aplicar una medida de seguridad en virtud de la inimputabilidad del acusado. El procedimiento se regirá por las reglas ordinarias, salvo lo establecido a continuación:

- Cuando el imputado sea incapaz, será representado para todos los efectos por su defensor en las diligencias del procedimiento, salvo los actos de carácter personal.
- En el caso previsto por el inciso anterior, no se exigirá la declaración previa del imputado para presentar acusación; pero su defensor podrá manifestar cuando considere conveniente para la defensa de su representado.
- El procedimiento aquí previsto no se tramitará juntamente con uno ordinario.
- El juicio se realizará sin la presencia del imputado cuando sea inconveniente a causa de su estado o por razones de orden o de seguridad.
- No serán aplicables las reglas referidas al procedimiento abreviado ni las de la suspensión del proceso a prueba.

Procedimiento ordinario: cuando el tribunal estime que el acusado no es inimputable, se ordenará la aplicación del procedimiento ordinario.

En Costa Rica según el artículo 98 del Código Penal de Costa Rica, las medidas de seguridad se imponen cuando:

*“Obligatoriamente el juez impondrá la correspondiente medida de seguridad:*

*1) Cuando el autor de un delito haya sido declarado inimputable o tuviese disminuida su imputabilidad;*



*2) Cuando por causa de enfermedad mental se interrumpe la ejecución de la pena que le fue impuesta.”*

La medida de ingreso a un hospital psiquiátrico está directamente destinada a aquellos inimputables que padezcan de enfermedad mental de carácter permanente o perturbación transitoria. Esta medida no posee tiempos mínimos ni máximos en dependencia del tipo de enfermedad mental que padezca y por tanto queda entonces la determinación a cargo del juez.

El artículo 100 del Código Penal de Costa Rica:

*“Las medidas curativas de seguridad son de duración indeterminada.*

*Cada dos años el Tribunal se pronunciará sobre el mantenimiento, la modificación o la cesación de la medida de seguridad impuesta, sin perjuicio de hacerlo en cualquier momento, mediante informes del Instituto de Criminología.*

*Las medidas de seguridad no se extinguen por amnistía ni por indulto.*

*Tampoco pueden suspenderse condicionalmente. El quebrantamiento de una medida de seguridad, implica la posibilidad de que se reanude el tratamiento a que estaba sometido el sujeto.”*

Este artículo en su primer punto que hace referencia a que los plazos de las medidas de seguridad son indeterminados, esto genera controversia, pues en el pasado y aún hoy día se ha generado un gran abuso respecto a los plazos de las medidas de seguridad provocando que en muchos casos lleguen a ser de por vida, en la tesis planteada por Desanti<sup>10</sup> se afirma que prácticamente más de la mitad de las medidas de seguridad de internamiento que habían en el Hospital Nacional Psiquiátrico para el año 2010 eran de plazos indeterminados y en su investigación se evidencia el poco seguimiento que se daban a estas medidas siendo en ocasiones hasta olvidadas por el sistema judicial que tenía la responsabilidad de cesarlas o modificarlas según la evolución clínica del sujeto.

La psiquiatría moderna ofrece muchas opciones terapéuticas y una mayor posibilidad de rehabilitar a la personas con enfermedad mental y de ahí que tal como lo afirma el Dr. Álvaro Hernández<sup>11</sup> jefe de servicios médicos y rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico, un

---

<sup>10</sup> Tesis de María del Mar Desanti, sobre **La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica**, la cual fue llevada a cabo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en el año 2010 y donde se daba seguimiento y comparaban los expedientes judiciales de los clínicos, encontrando en muchos de ellos discrepancias que se traducían en extensiones innecesarias de las medidas de seguridad cuando el criterio médico había sido de que la persona estaba en condición de salir y regresar a su comunidad.

<sup>11</sup> En una entrevista realizada al Dr. Álvaro Hernández (11 de marzo del 2014), el galeno quien ha estudiado a profundidad la problemática derivada de las medidas de seguridad internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico formó parte de la comisión que estudió el problema y colaboró en un proyecto de ley para la creación de un Centro Alternativo para el manejo de esta población.

internamiento por criterio médico-psiquiátrico tienen una duración en promedio de un mes, plazo en el que se llevan a cabo procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de intervención social y si esto sucede para personas con enfermedad mental, no se justifica al menos desde el punto de vista psiquiátrico y de la enfermedad mental que los plazos sean indeterminados o de revisión cada dos años. Otra situación de adopción práctica de la norma ha sido el hecho de que el Juzgado de Ejecución de la Pena se tiene que basar en los informes del Departamento de Medicina Legal o del mismo Hospital Nacional Psiquiátrico, pues el Instituto Nacional de Criminología no cuenta con profesionales en psiquiatría y de ahí que no disponen con el criterio técnico para pronunciarse en estos casos.

Los jueces de ejecución de la pena controlarán el cumplimiento del régimen penitenciario y el respeto de las finalidades constitucionales y legales de la pena y de las medidas de seguridad. Les corresponderá especialmente:

- Mantener, sustituir, modificar, o hacer cesar la pena y las medidas de seguridad, así como las condiciones de su cumplimiento.

El tribunal examinará, periódicamente, la situación de quien sufre una medida. Fijará un plazo no mayor a seis meses entre cada examen, previo informe establecido y de los peritos. La decisión versará sobre la cesación o continuación de la medida en este último caso podrá ordenar la modificación del tratamiento. Cuando el juez tenga conocimiento, por informe fundado de que desaparecieron las causas que motivaron la internación, procederá a su sustitución o cancelación.

Existe un debate respecto a lo que debería ser la duración de las medidas de seguridad curativas, pues hay quienes tienen una postura basada en el concepto de peligrosidad y se inclinan por un plazo indeterminado en relación con lo que dura la peligrosidad criminal del sujeto; mientras que otro sector se inclina por un tope que debe estar en relación con el plazo de la pena que debería ser impuesta en caso de que el sujeto fuera imputable; lo cierto es que en la legislación costarricense no contempla un tope para los plazos de las medidas de seguridad.

El seguimiento y control de este tipo de medida corresponde al Juez de Ejecución al que la autoridad sentenciadora –firme la sentencia- debe remitir el expediente principal para su ejecución. El artículo 102 del código Penal establece que la medida debía revisarse cada dos años, sin embargo la norma fue derogada por la reforma procesal penal y ahora el artículo 463 del Código Procesal Penal exige al juzgador el análisis periódico de la situación al menos cada seis meses, previo informe de peritos y el establecimiento correspondiente, a efecto de determinar el cese o continuación de la medida u ordenar la modificación del tratamiento.

#### 4. La medida cautelar de internamiento

Hay dos artículos en el Código Procesal Penal que contemplan los internamientos en un hospital psiquiátrico, el artículo N°244 que regula otros tipos de medidas cautelares distintas a la privativa de libertad en un centro penal y el N°262 que habla sobre la internación:

*“El tribunal podrá ordenar la internación del imputado en un establecimiento asistencial, previa comprobación, por dictamen pericial, de que sufre una grave alteración o insuficiencia de sus facultades mentales, que lo tornan peligroso para sí o para terceros, cuando medien los siguientes requisitos:*

*a) La existencia de elementos de convicción suficientes para sostener, razonablemente, que es autor de un hecho punible o partícipe en él.*

*b) La existencia de una presunción suficiente de que no se someterá al procedimiento u obstruirá un acto concreto de investigación.*

La medida cautelar de internamiento, pretende dar asistencia al indiciado evitándoles una medida más gravosa como lo sería una privación de libertad en una cárcel; se interpreta que esta es la norma que permite la internación sin custodia policial, porque los jueces los envían a internar sin custodia, pero también sin opciones de egresar por criterio médico, con la obligación por parte de la institución de rendir informes sobre el estado y evolución del usuario.

Además el artículo 254 del Código Procesal Penal establece que es competencia del tribunal revisar, sustituir, modificar o cesar la medida cautelar, por lo que el médico que firme una salida sin previo aval del juzgado o tribunal que ordenó el internamiento podría estar incurriendo en el delito de desobediencia. Algunos tribunales en la órdenes de internamiento establecen que el mismo se realizará por el tiempo que el médico tratante determine, no obstante existe una diferencia entre la competencia del médico para dar por finalizado un tratamiento y la capacidad para ordenar el cese de una medida cautelar impuesta en sede judicial, lo que significa que el médico tratante no es la autoridad competente para decidir si deja sin efecto o no, un acto que no fue ordenado por él.

Respecto al internamiento en un hospital psiquiátrico, el artículo 86 del Código Procesal Penal de Costa Rica establece que:

*“Si es necesario el internamiento del imputado para elaborar el informe pericial sobre su capacidad, la medida podrá ser ordenada por el tribunal, a solicitud de los peritos, sólo cuando exista la probabilidad de que el imputado haya cometido el hecho y esta medida no sea desproporcionada respecto a la importancia de la pena o medida de seguridad que podría imponerse.*

*La internación no podrá prolongarse por más de un mes y sólo se ordenará si no es posible realizarla con el empleo de otra medida menos drástica.”*

## 5. La peligrosidad y la medida de seguridad

Históricamente en Costa Rica no existía una clara diferenciación entre la medida de seguridad y la pena, por lo que la legislación costarricense permitía imponer una medida de seguridad de manera conjunta o sucesiva a una pena, pero la separación de ambas consecuencias se acentuó de manera completa con la resolución N° 88-92 de la Sala Constitucional<sup>12</sup>, en la que se anularon las normas de Código Penal que permitían imponer una medida de seguridad para las personas reincidentes o habituales o para quienes no se habían “resocializado” al terminar de cumplir una pena de prisión; es entonces a partir de esta clara división que se entiende que las medidas se fundan en la peligrosidad de una persona inimputable, mientras que las penas se basan en la culpabilidad del autor de un delito.

La medida de seguridad nace como consecuencia del concepto de criminología derivados de la Escuela Positivista Italiana creada por Ferri, Lombroso y Garófalo; estos hombres dedicaron sus vidas a investigar sobre la etiología del crimen, es así como nace la ciencia de la criminología que en un principio se enfocaba en los individuos; estos primeros criminólogos y sus discípulos se limitaron a estudiar la biología, fisiología, anatomía y antropología de los sujetos que habían cometido crímenes por lo general de naturaleza simple como robo, asesinato o crímenes sexuales. Los hallazgos de estos científicos respaldaron una creencia de que los sujetos con características biológicas particulares eran naturalmente proclives a la delincuencia y no podían ser reformados, de ahí que se plantearon soluciones como la segregación y hasta la muerte.

Hoy día existe controversia de si el objetivo primordial de las medidas de seguridad es procurar que la persona con enfermedad mental no sea un peligro para los demás o para sí misma mientras dure el trastorno mental que le aqueja, pues considerando que al igual que la pena y en especial la privativa de libertad, el objetivo de una medida de seguridad es de ofrecer al individuo la posibilidad de desarrollar las habilidades necesarias para vivir en sociedad dentro de las normas establecidas, y no la de simplemente infundir dolor a causa de su acción delictiva, y en el caso de la persona con enfermedad mental no limitarse a segregarla del resto de la sociedad sino también plantear como principal objetivo la de reintegrarla a su comunidad.

La evolución de la criminología ha dejado atrás estos conceptos etiológicos de la delincuencia, para entender que la criminalidad es un tema muy amplio, donde intervienen una innumerable cantidad de factores, en especial cuando se analizan otro tipo de delitos como aquellos de “cuello blanco” o los “crímenes de Estado” y hasta los de tipo mercantilista. No obstante el tema de la peligrosidad y la prevención especial es un enfoque directamente heredado de las primeras investigaciones en criminología.

Las medidas de seguridad en su concepción teórica no son impuestas con el objeto de una compensación retributiva por la trasgresión culpable del derecho, sino para la seguridad futura de

---

<sup>12</sup> La Sala Constitucional declaró que era inconstitucional imponer una medida de seguridad a una persona considerada inimputable basado en el criterio de reincidencia y peligrosidad.

la comunidad frente a las posibles violaciones de la ley por parte del sujeto inimputable, el hecho cometido aquí tiene valor únicamente de conocimiento y de síntoma de peligrosidad y por esta razón el tipo y la extensión de las medidas de seguridad no se determinan conforme a la gravedad de la culpa, sino de acuerdo con el tipo y duración de la peligrosidad del autor. El objetivo de las medidas de seguridad será reeducar y reintegrar al individuo a su comunidad.

La Escuela Positivista planteaba en general la necesidad de la defensa de la sociedad y con ella justificaba la existencia de las medidas de seguridad; y tal como lo menciona Álvaro Burgos<sup>13</sup>:

*“Todas las consideraciones de conveniencia de las medidas de seguridad son incapaces de justificarlas, ya que tales consideraciones en el mejor de los casos solo demuestra su utilidad u oportunidad pero no tendrán jamás la facultad de establecer su intangibilidad ética”* (Burgos 2005).

Esto quiere decir que por más conveniente que resulte a la sociedad la “eliminación” de un sujeto con una enfermedad mental incurable que es altamente agresivo y por tanto peligroso, al final no se resuelve el problema si se le permite al Estado actuar de esa manera, pues tan ciudadano es en este caso el enfermo mental, como el resto de los miembros de la sociedad, todos cuentan con la protección propia del hecho inalienable de ser humano, y todavía más allá si retomando el mismo ejemplo se toma en consideración que una persona con enfermedad mental tiene una discapacidad y por tanto merece desde la perspectiva de derechos humanos un trato especial; los manejos de segregación han sido históricamente los más utilizados, pero también se ha practicado la eliminación de los enfermos mentales tal como sucedió en la Alemania Nazi entre los años 1940 y 1942 donde 70,723 personas con enfermedad fueron exterminadas mediante asfixia por gas tóxico, esta cifra correspondía a cerca de una tercera parte de toda la población internada en hospitales psiquiátricos para ese momento<sup>14</sup>.

Dado que las medidas de seguridad tiene un fin terapéutico debe despojarse de todo propósito represivo, de ahí que se necesario replantearse la duración de estas medidas y las estrategias de rehabilitación psicosocial que se persiguen.

Aunque doctrinalmente se describen tres tipos de medidas de seguridad:

- Medidas pre-delictuales: se aplican a sujetos que no han cometido delito, para evitar que los cometan.
- Medidas para los inimputables.
- Medidas post-delictuales que son las que combinan las penas imponiéndose a los privados de libertad reincidentes por lo que en realidad son penas agravadas. (Considerado inconstitucional en la sentencia 88-92).

---

<sup>13</sup> Burgos Mata Álvaro. La medida de seguridad en Costa Rica. Med. Leg. Costa Rica. 2005.

<sup>14</sup> Porter, 2003, citado por Mercedes Flores en su libro *Locura y género en Costa Rica (1910-1950)*, del año 2013.

En Costa Rica las únicas medidas posibles son las que se fundamentan en la incapacidad psíquica, dado que las primeras no existen y las terceras fueron declaradas inconstitucionales.

Las medidas de seguridad curativas estipuladas en la legislación costarricense, según el artículo 101 del Código Penal son:

- El ingreso a un hospital psiquiátrico.
- El ingreso a un establecimiento de tratamiento especial y educativo.
- Someterse a un tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

Las medidas de seguridad de internamiento suponen la separación del inimputable de la sociedad, como una medida preventiva en razón de la protección de la misma y como medida “curativa” para el inimputable. Así, el internamiento del enajenado en un establecimiento psiquiátrico responde a estas necesidades, por el bien de la comunidad y del mismo inimputable, por cuanto en necesario y preferible tratar al discapacitado mental con una medida adecuada a su condición.

La consecuencia de la inimputabilidad es la excusión de la responsabilidad penal por la comisión de un hecho delictivo, sin embargo, ello no impide la imposición de una medida de seguridad al inimputable que ha cometido un delito injusto penal pero tampoco la obliga, dependiendo de la condición personal del mismo, o sea del grado de peligrosidad. Al suponer una anormalidad psíquica, se puede delatar una personalidad peligrosa, en cuyo caso y dependiendo de las condiciones personales del sujeto, el ordenamiento prevé la posibilidad de imponer la correspondiente medida de seguridad; para imponerla debe mediar el estudio psiquiátrico del médico forense determinando la personalidad del indiciado y su grado de peligrosidad, con la recomendación del Instituto Nacional de Criminología, según lo estipulado en el artículo 97 del Código Penal costarricense. No a todos los inimputables se les impone este tipo de medidas, pues ellas dependen de la necesidad, de las condiciones personales del sujeto, con miras a la mejoría de su estado psíquico anormal, de ahí la necesidad del informe psiquiátrico, en el que se establezca la posibilidad de que se vuelva a delinquir en razón del estado de inimputabilidad; ahora bien la legislación estipula que el encargado de tal tarea es el Instituto Nacional de Criminología que es un departamento perteneciente al Ministerio de Justicia y Paz y Adaptación Social, no obstante el Instituto carece de profesionales en el campo de la psiquiatría y de ahí que ha sido necesario basar las resoluciones judiciales en los informes del Departamento de Medicina Legal, y los mismos del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Principios generales de las medidas de seguridad<sup>15</sup>

- **Post-delictualidad:** la medida se aplica en los casos donde se ha cometido un acto tipificado como delito, lo que se conoce como tipicidad.
- **Pronóstico de peligrosidad criminal:** la peligrosidad criminal como fundamento de la aplicación de la medida de seguridad supone la formulación de un pronóstico de comisión

---

<sup>15</sup> Álvaro Burgos lo cita en el artículo La medida de seguridad en Costa Rica de 2005.

de futuros delitos basado en el estado que presenta el sujeto, este estudio debe realizarse por el Instituto de Criminología tal como lo establece el artículo 97 del Código Penal costarricense.

- **Proporcionalidad:** se trata de un concepto propio de las penas y por tal razón no se le tiene en consideración como tal lo que lleva a que se quebrante en cuanto a medidas de seguridad se trata, pues lo que establece el Código Procesal Penal es la proporción de la medida de seguridad como adecuación entre la capacidad y enfermedad de la persona y la gravedad del delito cometido.

Existe gran polémica respecto al concepto de peligrosidad y el riesgo de basarse únicamente en la probabilidad de cometer un delito futuro. En la buena teoría el objetivo de la medida es preventivo, o sea que no pretende infligir al sujeto ningún mal, sino que éste no cause un mal a otro o a la sociedad, pero es más que claro que la sola privación de libertad supone un malestar para un sujeto al que ya se determinó incapaz de asumir una culpa por un hecho delictivo, y si a esto le sumamos el hecho de tener que someterse en contra de su voluntad a tratamientos médicos que además producen efectos adversos desagradables, no se puede negar que una medida de seguridad inflige daño a quien está sometido a una.

Otra diferencia que se apuntan respecto a la pena, es que las medidas constituyen recursos de índole administrativa en manos del Estado, o sea que son sus propias herramientas, en este caso un hospital psiquiátrico, que está fuera del derecho penal, donde no se pretende imponer un precepto jurídico-penal ni tampoco acarrea responsabilidad, dado que son revocables y flexibles en cuanto a su aplicación que dependerá mucho de la conducta o evolución clínica del sujeto sometido a ellas.

A pesar de todas estas distinciones hechas a nivel teórico, en la práctica suele haber poca diferencia entre una pena privativa de libertad y una medida de seguridad de internación en un hospital psiquiátrico, pues cuando la finalidad de la medida de seguridad es la de prevención especial con miras a la rehabilitación del sujeto, en la realidad sigue cumpliendo un cometido retributivo igual al de una pena y tal como lo menciona Álvaro Burgos<sup>16</sup>:

*“(...) legitimando un sistema penal antidemocrático y autoritario, -así aparezca con ropajes garantísticos y de respeto a la dignidad del ser humano” (Burgos 2005)*

Y por su parte el Dr. Álvaro Burgos cita a Muñoz quién asegura que:

*“Un sistema dualista en el que junto a la pena limitada por la culpa existe otro tipo de sanciones no limitadas o limitadas por principios o ideas diferentes constituye un peligro para las garantías y la libertad del individuo frente al poder sancionatorio del Estado (...) ¿hasta qué punto no constituye ese proceder una infracción y una burla de las garantías jurídico políticas y de los principios limitadores del poder punitivo estatal característico de*

---

<sup>16</sup> Álvaro Burgos, en su artículo para la revista de internet, Medicina Legal de Costa Rica, 2005.

*un Derecho Penal Liberal, (...) ¿En qué medida no estamos jugando con las palabras al cambiar el nombre de pena por el de medida no estábamos dejando indefenso al individuo frente al poder absoluto del Leviatán Estatal? Con el sistema dualista se hace cada vez más evidente la sospecha de que en todo este asunto estamos asistiendo a un gran “fraude de etiquetas”, en el que el derecho penal de culpabilidad, con todas sus imperfecciones, pero también con todas sus garantías, tiende a ser completado o sustituido por otros sistemas de control social, oficialmente no penales, y por eso no limitados por los principios liberales clásicos, pero tremendamente eficaces, con su incidencia sobre la libertad de los individuos<sup>17</sup>” (Muñoz 1983 citado en Burgos 2005).*

Con esta misma línea de pensamiento acerca de las medidas de seguridad, Cecilia Sánchez<sup>18</sup> afirma que:

*“Buena parte de las medidas, y sobre todo su general ejecución, son fiel expresión del más puro frariseísmo: so pretexto de la prevención especial, de la reeducación y reinserción social, se instrumentan y ejecutan reales privaciones de derechos con un carácter intimidatorio y aflictivo, a veces superior al de las auténticas penas, nada más que con menos garantías y sin haber cometido delito alguno. Quizá la disociación más aguda entre deber ser y ser dentro del derecho penal tenga su sede en materia de medidas de seguridad.” (Sánchez Cecilia, 2000 pp 398)*

Es de señalar que existe marcada aceptación en la doctrina para tener como fundamento de la pena a la culpabilidad, mientras que las medidas lo hacen en la peligrosidad. La culpabilidad permite una función garantista a la pena, pues limita al Estado en cuanto a la reacción por la comisión de un hecho delictivo, mientras que la peligrosidad no puede cumplir ese cometido, dado que para “superarla” se necesita someter al sujeto a un “tratamiento” o intervención por tiempo indeterminado; la gravedad del hecho, la importancia del bien jurídico afectado y el grado de culpabilidad demostrado en la comisión del hecho, pierden importancia como circunstancia a tomar en consideración para fijar el tanto de la reacción penal, así bien puede ser posible que por la participación en un mismo hecho delictivo, la duración de la intercesión o reacción estatal en relación con los sujetos activos, sea marcadamente diferente.

---

<sup>17</sup> Álvaro Burgos, en el artículo **Las medidas de seguridad en Costa Rica** del 2005, cita textualmente a Muñoz Conde Francisco de su artículo **Monismo y Dualismo en el Derecho penal español y colombiano**, en Derecho penal y criminología, N° 19, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1983, p 20-21

<sup>18</sup> Cecilia Sánchez es su libro del año 2000, Derecho Penal parte general y doctrina y jurisprudencia.



## 6. La medida de seguridad en Costa Rica

Entonces queda claro que el sistema jurídico de Costa Rica es un sistema dualista, esto quiere decir que concluye un proceso con una pena o una medida de seguridad, la pena entonces constituye la respuesta frente a la culpabilidad del autor, mientras que la medida de seguridad responde a una situación de peligrosidad desde la perspectiva del riesgo de volver a cometer el delito por el que un sujeto ha sido procesado, es un instrumento para la prevención especial, tiene un carácter preventivo para la sociedad y de corrección para el sujeto, se adoptan con los individuos que se encuentran en estado peligroso desde el punto de vista de la defensa social de carácter general.

En Costa Rica no se establecen las medidas de seguridad hasta el Código Penal de 1880, no obstante el Código Penal de 1841 ya hacía mención de un tipo de medida de seguridad ante la tentativa de suicidio, esto es un tema de interés para analizar pues está muy relacionado con la hegemonía católica de la Costa Rica del siglo XIX, donde el suicidio era visto como un pecado imperdonable.

Volviendo al tema de las primeras medidas de seguridad estipuladas en la legislación costarricense, en el Código Penal de 1880 en el artículo 10, inciso 1 se anota:

*“Exime de responsabilidad al loco o demente, señalando que se decretará judicialmente su reclusión en los establecimientos destinados al efecto.”*

Y para el siglo XIX el Hospital de Insanos, el primer hospital psiquiátrico de Costa Rica, era el encargado de recluir a los sujetos que el juez dictaminara al ser considerados como locos o dementes.

Posteriormente en el Código Penal de 1941, se da un refinamiento de los conceptos jurídicos, donde entonces se entiende que no es que se exima de responsabilidad sino de una pena a aquella persona considerada loca o demente, esto es lo que se entiende como inimputable; se ordenaba entonces una internación en un manicomio como medida de seguridad, pero que esto podía solamente ser impuesto si había cometido un hecho punible, aunque en algunos casos se decretaba el internamiento antes del fallo basado en razones preventivas y también este código especifica que será un médico quién demostrará que el sujeto puede ser sometido a la libertad vigilada sin peligro de causar daño.

## 7. Situación actual de los internamientos judiciales en Costa Rica

En una entrevista realizada a la asesora legal del Hospital Nacional Psiquiátrico destacada en el pabellón de Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL) la Licda. Alcyra Hernández<sup>19</sup>; ésta hace referencia a que la realidad costarricense respecto al manejo de la enfermedad mental en conflicto con la ley requiere de ajustes, empezando por el hecho de que el CAPEMCOL continúa siendo un pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico y que el verdadero objetivo de su creación ha sido el cumplimiento del voto de la Sala Constitucional respecto a separar las poblaciones de pacientes internados por criterio médico de aquellas medidas judiciales de internamiento, y por lo tanto desde el punto de vista estructural y administrativo no se cuenta todavía con todos los recursos necesarios para dar solución al problemas de esta población particular como se espera una vez que sea creado el centro como tal.

Otra situación a la que hace referencia la abogada es que desde su punto de vista se ha generado una gran confusión respecto a las competencias del sistema de salud y el judicial, y donde se ha caído en el vicio de por parte del juzgador en determinar el control terapéutico de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley sin tener un conocimiento amplio lo que provoca en un sujeto el abuso de las medidas de seguridad curativas de internamiento.

También uno de los grandes problemas que señala la Licda. Hernández se trata de la tendencia de los jueces a dictar medidas de seguridad de internamiento con plazos indefinidos, esto se produce según afirma por varias razones, la principal se debe al desconocimiento que tienen los administradores de la justicia respecto a la salud mental y otra es el mito de la peligrosidad del enfermo mental que se deriva de este desconocimiento, pues la realidad es que el verdadero factor de peligrosidad estriba en un ambiente de poca contención y pobre acceso a la salud que podría llevar a un enfermo mental a conducirse de modo que sea un peligro para sí mismo y para otros. La recomendación que ofrece la asesora legal es que se debería regular los plazos en que se dictan las medidas de seguridad y que estos plazos deben estar en relación con el plazo de pena privativa de libertad definido para el delito cometido o incluso ser menor.

Recientemente como logro del equipo de atención del Pabellón CAPEMCOL, se ha conseguido que las audiencias realizadas en torno a evaluar las medidas de seguridad al menos en lo que respecta al Primer Circuito Judicial de San José, sean llevadas a cabo en las mismas instalaciones del hospital, esto permite a los actores judiciales interactuar con la persona a quien se le ha dictado una medida pero también en el medio hospitalario en que se desenvuelve, esto crea una sensibilidad especial y mejor entendimiento por parte de los administradores de la justicia de lo que es una persona con enfermedad mental y las realidad con la que se enfrenta, logrando entonces contemplar mayores dimensiones a la hora de tomar una decisión respecto al cese, continuidad o modificación de la medida, anteriormente estas audiencias eran llevadas a cabo en

---

<sup>19</sup> Abogada quien ha sido la encargada de asesorar legalmente al Hospital Nacional Psiquiátrico respecto al tema de las medidas judiciales de internamiento, su labor ha sido indispensable creando un puente de entendimiento mutuo entre el Poder Judicial y el centro de salud.

las salas de juicio y por lo general sin contar con la presencia del sentenciado, basándose únicamente en los reportes médicos.

Una situación especial son las medidas cautelares de internamiento, la Licda. Alcyra Hernández asesora legal del Hospital Nacional Psiquiátrico-CAPEMCOOL afirma que esto abre un portillo para que en muchos casos se dé el abuso de internamientos psiquiátricos a pesar de que por lo general al cabo de un mes ya se cuenta con un informe pericial tanto por parte del Departamento de Medicina Legal como del mismo centro médico, es frecuente que los tribunales extiendan la prórroga el internamiento hasta aproximadamente un año que es lo que demora en llevarse a cabo el juicio, donde en muchos casos los sujetos portadores de enfermedad mental se les obliga a permanecer internados a pesar de encontrarse estables de su enfermedad y contar con una familia que es responsable e interesada en llevar a casa al paciente, provocando entonces una privación de libertad basado únicamente en que la persona padece de una enfermedad mental y sin acoger las recomendaciones del equipo tratante de egresar con su familia o los casos que desde el principio se ha descartado la presencia de enfermedad mental pero igualmente se les mantiene internado exclusivamente como medida cautelar privativa de libertad. Los hospitales psiquiátricos con centros cerrados, cuando un sujeto se encuentra descompensado de una enfermedad mental se justifica el internamiento con la intención de que reciba el tratamiento apropiado pero una vez compensado no se justifica su permanencia en el centro y más bien el encierro empieza a tornarse perjudicial y entre más tiempo una persona se encuentra fuera de la comunidad va perdiendo las habilidades sociales que luego provocan la desadaptación al núcleo familiar y a su comunidad.

## B. El Hospital Nacional Psiquiátrico y el manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, previo a la construcción del Pabellón Centro para la Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL).

Es frecuente que la psiquiatría se entrecruce con el derecho, pero también sucede que el derecho se entrecruza con la psiquiatría, al final... ¿qué debe prevalecer?...

### 1. Salud, salud mental y la Caja Costarricense de Seguro Social

La enfermedad mental en Costa Rica, así como el resto de la salud está pasando por un momento de crisis, la institución en que se había encontrado solidez y un ejemplo de solidaridad y democracia está colapsando, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se encuentra en crisis y con ella la atención de la enfermedad mental, los recursos económicos y personal cada vez son menores al tiempo que aumenta la necesidad de atención.

Según Mercedes Flores<sup>20</sup> (2013) en su libro *Locura y Género en Costa Rica*, explica que los antecedentes de la asistencia sanitaria a poblaciones específicas en recintos públicos y de caridad se registran desde el siglo XVII, luego la atención de la salud inició antes de 1845 con la formación de las Juntas Sanitarias y de Higiene como organizaciones civiles-religiosas dedicadas a la prevención y tratamiento del cólera y la lepra. Según esta visión la medicina nace en Costa Rica en un contexto social de liberalismo y capitalismo agrario, que buscaba educar a la sociedad desde la perspectiva moral vinculada con la productividad social a través del trabajo y la voluntad individual. Posteriormente el modelo de higiene sanitario se consolida durante el periodo de 1910 a 1940 donde se consolidó el sistema de seguridad social sustentado desde la comunidad médica:

*“Según explican Molina y Palmer (2013) la difusión de prácticas de higiene social estaba relacionada con la preocupación respecto a la sanidad y a la productividad de los sectores populares y de los trabajadores, debido al “cansancio” que producía la enfermedad.”* (Molina y Palmer 2003 en Flores 2013).

La salud y la salubridad aparecen como una forma de control social, siendo legitimada por la ciencia y atribuyendo autoridad desde la ley:

*“En 1914 se estableció la Policía de higiene, a la cual se le encomendó el control de las faltas contra la higiene y la profilaxis venérea en todo el territorio nacional, hecho que mostraba cómo el sistema policial se constituyó en uno de los instrumentos de difusión de principios médicos y jurídicos hasta la década de 1940.”* (Marín 1995 y 2000 en Flores 2013).

---

<sup>20</sup> Con una visión muy crítica la autora Mercedes Flores realiza una investigación de cómo la salud y la psiquiatría en Costa Rica han servido como control social, reprimiendo muy especialmente a una población vulnerable; a las mujeres.

Antes de la aprobación de la Ley del Seguro Social, las únicas opciones existentes para la atención en salud era la de caridad en hospitales públicos y la medicina privada.

La Caja Costarricense de Seguro Social nace en el año 1941 como una institución semiautónoma y en esa misma década se abre la consulta de neurología y psiquiatría del Policlínico del Seguro Social; pero en el año 1943 se reforma a la CCSS al transformarla en una institución autónoma destinada a la atención en materia de salud de los obreros, mediante un sistema de financiamiento de tripartita (trabajador, patrono y estado). Posteriormente en el año 1947 se crea el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, pero es en el año 1961 que se universalizan los seguros sociales y quedan a cargo de la CCSS y en el año 1973 los hospitales públicos pasan a manos de la administración de la CCSS.

Tal como creció la población nacional, creció la necesidad de atención en salud, los conceptos y tratamientos en salud mental también evolucionaron y muchas enfermedades que solían pasar desapercibidas eran diagnosticadas y se les brindaba adecuado cuidado y tratamiento.

Durante el siglo XIX en Costa Rica predominó la ruralidad y la economía basada en agricultura, este estilo de vida es mucho más sano para las personas que padecen enfermedades mentales, pero al generarse un desarrollo del urbanismo y la migración hacia las ciudades se produjo un aumento en los factores de riesgo para este tipo de enfermedades en especial en los anillos urbano-marginales donde de nuevo la psiquiatría y la enfermedad mental se encuentran con el derecho penal, pues los problemas sociales suelen ir de la mano con la delincuencia por diversidad de razones, lo que llevaba a que los enfermos mentales empezaran a ser cada vez más, procesados por el sistema judicial que por el sistema de salud.

## 2. Sistema judicial vs sistema de salud y el tratamiento de las personas con enfermedad mental

El tratamiento histórico del derecho penal respecto a la enfermedad mental es la segregación, basado en el concepto de peligrosidad y prevención especial.

Tanto el Hospital Nacional Psiquiátrico como la mayoría de los hospitales psiquiátricos del mundo nacen con objetivo de hacer “limpieza social”, todos aquellos sujetos que no se adaptan a las normas de un grupo social suelen tener dos destinos el primero de ellos la cárcel y el segundo justificado con la presencia de una enfermedad o insuficiencia mental se les ubicaba en un manicomio. Así que amalgama entre los establecimientos psiquiátricos y el derecho penal ha sido histórico.

El problema en Costa Rica se ha generado con el aumento de personas con problemas mentales que al no recibir una atención de salud apropiada y no poder adaptarse al grupo social terminan internados en Hospital Nacional Psiquiátrico sin un objetivo claro, a diferencia del resto de los pacientes que son internados por criterio médico-psiquiátrico donde la clara intención es de restablecer la salud para regrese a la comunidad, el objetivo legal que en un principio parece el mismo tiene un trasfondo de segregación y de ahí que las medidas tengan plazos indeterminados lo que generaba y genera un enorme conflicto para el hospital.

El aumento de la población general, el aumento de la población urbana, el abandono de las políticas públicas y de acceso a la salud inciden directamente en la manifestación de la enfermedad mental; es así como poco a poco empezaron a aumentar las medidas de seguridad de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico y donde la tónica de estas medidas era su indeterminación temporal y prácticamente total abandono por parte de las instituciones judiciales encargadas de dar seguimiento, al mismo tiempo que haber institucionalizado a personas que padecen enfermedad mental provocó que fueran abandonados por sus familias a manos del Estado al tiempo que perdían cualquier habilidad para sobrevivir en la comunidad. Respecto a este tema el Dr. en Derecho y coordinador del Mecanismo contra la Tortura Roger Víquez<sup>21</sup>, critica como con el pasar de los años el gobierno de Costa Rica ha dejado de invertir en programas sociales, pasó de lo que él considera un “Estado Educador” a uno que gasta más recursos en crear imagen en verdaderamente resolver los problemas del país.

En este tema el Dr. Álvaro Hernández<sup>22</sup> jefe de hospitalización y rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico ha sido muy enfático en señalar los problemas que se habían derivado del abuso y poco seguimiento que de las medidas de seguridad curativas antes de la creación del

---

<sup>21</sup> Roger Víquez desde su labor dentro de la Defensoría de los Habitantes y el Mecanismo contra la Tortura, ha sido uno de los principales conciliadores respecto al tema de la necesidad de crear un Centro Alternativo con lo que llevó a diseñar un planteamiento en el año 2002 tanto estructural como administrativo, involucrando a todas las instituciones involucradas en la temática.

<sup>22</sup> También uno de actores que ha generada mucha presión con sus investigaciones respecto a las medidas de seguridad y la necesidad de un Centro Alternativo para su atención.

Pabellón Centro para Atención a Persona con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL). Desde finales del siglo pasado surgió el interés por buscar una solución concreta al problema derivado de las medidas de seguridad curativas que eran retenidas en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico, según comenta el galeno antes de la creación de CAPEMCOL la cantidad de medidas de internamiento por indicación judicial no alcanzaban las 60 camas, no obstante esta cantidad de pacientes generaban una gran cantidad de conflictos, en especial derivados de la diferencia de criterios técnicos en los que se basa el hospital para internar pacientes, que es la descompensación de una enfermedad mental, mientras que los criterios técnicos judiciales se basaban únicamente en la presencia de enfermedad mental o deficiencia mental, la diferencia estriba en el hecho que si bien es cierto que la mayoría de las enfermedades mentales son de tipo crónico, con el tratamiento apropiado el sujeto alcanza su tope de estabilidad psíquica y se busca entonces que a pesar de la limitación que puede surgir producto de su enfermedad mental, logre funcionar en su comunidad con el apoyo del sistema de salud comunitario, esto provoca que rara vez los internamientos ocurridos en el Hospital Nacional Psiquiátrico por criterio médico tengan una duración mayor a la de un mes; no sucede así cuando el criterio es de tipo legal donde los internamientos suelen demorarse alrededor de un año si se trata de una medida cautelar de internamiento o de forma indefinida si se trata de una medida de seguridad curativa, lo que ocurría es que si el sujeto que había ingresado por criterio legal tenía una enfermedad mental descompensada al cabo de un mes se había compensado y de ahí en adelante el sujeto simplemente quedaba privado de libertad mientras recibía el tratamiento que bien podía haber seguido desde su casa y gozando de libertad mientras se lleva a cabo el juicio. Los efectos de limitar la libertad a las personas conduce a emociones tales como: enojo, frustración, miedo, entre otras que suelen manifestarse como conductas de hostilidad y agresividad que ya no podían ser atribuidas a la enfermedad mental sino a la extensión en el tiempo de un internamiento basado en criterios legales y no clínicos.

Al encontrarse ambas poblaciones juntas, las personas con enfermedad mental que se encontraban internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico a causa de una descompensación de su enfermedad mental era vulnerables ante la violencia y agresiones por lo general provocada por la población de pacientes compensados en su enfermedad mental que permanecían internado en el Hospital Nacional Psiquiátrico por motivos procesales o medidas de seguridad. Según el doctor en psiquiatría Álvaro Hernández los problemas de tener que lidiar con medidas de internamiento de tipo judicial en el Hospital Nacional Psiquiátrico también generaban constantes problemas de conducta y delictivos, y una de las principales preocupaciones era la agresión al personal del hospital; pues sin duda un establecimiento médico no cuenta con condiciones de seguridad dirigidas a personas que aunque pudieran ser portadoras de una enfermedad mental se encontraban estables y entonces mantenían la capacidad para planear y ejecutar actividades delictivas como robos, agresiones y hasta abusos sexuales.

Por otro lado, el año 1999 la Defensoría de los Habitantes<sup>23</sup> estableció que los servicios de salud mental debían descentralizarse, ya que concentrar a la mayoría de recursos profesionales y

---

<sup>23</sup> Presentación de informe de labores 1998-1999.

técnicos en dos hospitales especializados en psiquiatría generaba un desequilibrio en términos de cobertura en la especialidad de psiquiatría, al mismo tiempo que se favorece el internamiento hospitalario con el consecuente desarraigo de las personas con enfermedad mental en relación con sus familias y comunidades; esta práctica histórica de la psiquiatría y los manicomios responde a raíces antiguas basado en un modelo de segregación de la población con enfermedad mental, basado en un supuesto alto grado de peligrosidad y en el control social. Pero la descentralización buscada no se pudo alcanzar, la capacidad de las instituciones de salud para la atención de enfermedades mentales era y sigue siendo básica, por lo que a pesar de la recomendación de la Defensoría de los Habitantes, el Hospital Nacional Psiquiátrico sigue centralizando la atención de las enfermedades mentales de mayor severidad y complejidad y sigue siendo el único centro encargado de dar cabida a las medidas de seguridad de internamiento.

Respecto a este tema Roger Víquez comenta que en un sistema penal con tendencia tan punitiva como el que surgió en Costa Rica, resulta mucho más fácil recluir a las personas consideradas “peligrosas” incluidas los enfermos mentales a modo de segregación social que dar una verdadera solución trabajando por reinsertar a estos individuos con programas sociales que les brinden contención y apoyo en la comunidad:

*“Estamos encerrando a Costa Rica, favoreciendo un sistema de menor equidad, hay una indefensión social, y la solución está siendo el segregar<sup>24</sup>.”*

---

<sup>24</sup> Entrevista realizada a Roger Víquez el 31 de marzo del 2014.



### **3. El problema de las medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, previo a la construcción de CAPEMCO**

El problema de las medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico sin ningún tipo de regulación poco a poco empezó a generar problemas, hasta que las autoridades de ese centro médico decidieron evidenciar la problemática y pedir ayuda a distintas instituciones en busca de soluciones viables.

Un estudio estadístico de las medidas cautelares de internamiento realizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico para el año 2002<sup>25</sup>, encontró que las medidas cautelares internadas en el hospital estaban más frecuentemente asociadas al delito de desobediencia y agresión con arma, seguidos por la causas de abuso sexual, homicidio en grado de tentativa, incendio y resistencia agravada.

Los plazos de internamientos, el promedio de estancia en el Hospital Nacional Psiquiátrico por indicación médica es de 30 días donde se llevan a cabo las distintas etapas de abordaje clínico: evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervenciones psico-sociales; lo que contrastaba claramente con los plazos de internamiento de las medidas cautelares dictadas por los jueces penales que van desde un mes y hasta un año y en promedio son de tres meses, plazo que es el que corresponde a las medidas de prisión preventivas; esta situación que no tiene una justificación clínica y produce una elevación de los costos de atención para el hospital lo que incidía e incide hoy día en forma negativa en el presupuesto global para la atención de los distintos usuarios de ese centro médico.

Respecto a la infraestructura, el estudio del 2002 concluyó que existen importantes limitaciones del área física del hospital en torno al manejo de esta población, entre los problemas citados está que no existen habitaciones individuales y no hay cuartos de asilamiento lo que impide el uso de técnicas restrictivas de manejo; por otro lado el personal no cuenta con un perfil custodial tipo policial, y esto afecta pues el resto de los usuarios con enfermedad mental internado en el hospital se encuentran expuestos al maltrato y manipulación de usuarios con medidas de seguridad que además presentan conductas disociales, abuso de drogas, agresión física y verbal contra otros, fugas frecuentes, juegos de azar, robos, desacato a la autoridad hospitalaria, agresiones y amenazas contra el personal y todo esto hace que se generara un ambiente de temor por parte de los usuarios y familiares de éstos que ingresan bajo el criterio médico, pues también la presencia de elementos policiales generaban una sensación más de inseguridad que de seguridad.

También del mismo estudio del 2002, se encontró que la mayoría de las medidas cautelares no cumplían con los criterios de internamiento desde la perspectiva técnica-psiquiátrica, en especial respecto a los casos de trastorno de personalidad disocial o conductas delictivas donde los sujetos no son susceptibles a tratamiento y desde esta perspectiva la única razón de permanecer en el hospital era el criterio legal emitido por el juez. Por otro lado se documentó el problema de las

---

<sup>25</sup> Tesis para el grado de Administración en Servicios de Salud, llevada a cabo por el Dr. Álvaro Hernández.

medidas cautelares de internamiento dictadas por Juzgados de Familia y Contravenciones, donde no queda claro la intención, que en principio debería ser terapéutica, pero lo que terminaba por ocurrir era una privación de libertad, generando costos innecesarios para el hospital.

Otro problema evidenciado por el Hospital Nacional Psiquiátrico era que la autoridad judicial solicitaba la realización de peritajes psiquiátricos a razón de inopia de este tipo de profesional en el Organismo de Investigación Judicial, donde a través de la Sección de Psiquiatría y Psicología Forense eran los encargados según la ley orgánica de realizar esos estudios. También resultó de ese estudio que ni la Dirección General de Adaptación Social del Ministerio de Justicia y Paz, ni la Defensa Pública cuentan con un reglamento que permita el seguimiento y la evaluación periódica de las medidas de seguridad curativas de internamiento, por lo que éstas se prolongan en forma indebida, mientras que por su parte el hospital se ve impedido de seguir criterios técnicos de manejo debido a las restricciones legales que obligan a tiempos de internamientos prolongados y a menudo vitalicios; debido a que no existía una revisión periódica de las medidas de seguridad a pesar de que la ley estipulaba la revisión por el Juez de Ejecución de cada dos años, la mayoría se hacían a solicitud del mismo hospital y por lo general era un proceso que se demoraba varios años.

Otro de los grandes problemas señalados en el mismo estudio, era en torno a la custodia policial dentro del hospital, empezando porque la Dirección General de Adaptación Social del Ministerio de Justicia considera que es tipo de custodia no les corresponde, así que para algunos casos la custodia era prestada por la Fuerza Pública del Ministerio de Seguridad, específicamente la delegación de Pavas, con el agravante de que no contaban con suficiente personal en especial personal femenino para la custodia de medidas en pabellones de mujeres.

Otro estudio para el año 2005<sup>26</sup>, mostraba que el Hospital Nacional Psiquiátrico contaba con 811 camas disponibles, donde 241 era destinadas a cortas estancias y 570 camas para la población cautiva de lo se había creado durante el tiempo que el hospital había ejercido una función asilar y donde los usuarios permanecía debido a abandono, problemas sociales y hasta medidas legales. Del total de la población internada que para entonces rondaba los 637 casos, 49 personas permanecían internadas por una indicación judicial pues contaban con conflictos legales, de este grupo el 90% eran varones, muchos incluso recluidos por tiempo indefinido y eso provocada una urgente necesidad de contar con un proceso de atención diferenciado, en un centro adecuado y con programas específicos que se ajustaran a las necesidades muy propias de esta población.

Uno de los principales problemas que se manifestaba en ese momento era la discrepancia entre los plazos de internamiento judiciales por un lado, y el diagnóstico y manejo del usuario dentro de la institución por otro, ya que incluso con adecuada observación, evaluación y tratamiento se lograba determinar que en muchos de estos casos no existía un verdadero diagnóstico psiquiátrico en los casos internados ya sea por medidas cautelares de internamiento o las medidas de seguridad de internamiento.

---

<sup>26</sup> Investigación realizada por la Comisión de Medidas de Seguridad Curativas del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Era claro para entonces, tal como lo sigue siendo hoy que en Costa Rica no se ha regulado claramente el tema de las personas con enfermedad mental y conflicto con la ley, no se determina cuál es la responsabilidad del Estado ni a cuáles instituciones les compete la atención de esta población. La imposición de medidas cautelares o de seguridad se efectuaba con un fin meramente represivo y de prevención general, sin tomar en cuenta las necesidades particulares para alcanzar el verdadero objetivo que sería la reinserción del sujeto a su comunidad, y eso debido a que tradicionalmente se percibe al enfermo mental como peligroso simplemente por tener una enfermedad, dejando de lado que el problema tiene muchas soluciones y que la segregación no es la más indicada.

Según lo señala la Defensoría de los Habitantes respecto a las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley que se mantenían en centros penales como que:

*“La realidad de estas personas es que se encuentran reclusas de forma indiferenciada con el resto de la población penal, lo que hace lamentable su situación. No reciben un trato especial por su condición, no se encuentran separadas del resto de la población lo que conlleva a que sufran de maltratos, agresiones físicas, sexuales y discriminación. A pesar de que se les medica, no se les brinda un seguimiento adecuado al tratamiento terapéutico que requieren. Este problema se agrava debido a que estas personas son mortificadas por otros privados de libertad y, en la mayoría de los casos, les suministran drogas en forma gratuita, lo que agrava aún más su condición”* (Defensoría de los Habitantes, 2005<sup>27</sup>).

Respecto a esta misma problemática el Magistrado José Manuel Arroyo<sup>28</sup> afirma textualmente que:

*“Históricamente este ha sido un conflicto tremendo, es tal vez el más grave tema de derechos humanos que yo he conocido en este país, pero históricamente ahí nadie se había ocupado de eso y en mi criterio es una de las cosas más graves en materia de derechos humanos, no sólo afectando a otros pacientes sino al personal del hospital.”*

La Defensoría había identificado para ese momento tres grupos de personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, distintas:

- Personas privadas de libertad con trastornos mentales reclusas en un centro de atención institucional: personas que se encuentran cumpliendo una sentencia pero que

---

<sup>27</sup> Para el año 2005, la Defensoría de los Habitantes intervino ante la problemática que se estaba generando debido a los conflictos que existían entre la población internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico por orden judicial y los que estaban allí con criterio médico, la Defensoría entonces propone un ambicioso proyecto de crear un Centro especializado en la atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, se logró reunir a representantes del Hospital Nacional Psiquiátrico y la CCSS, a el Ministerio de Justicia y Gracia con Adaptación Social y a magistrados de la Corte Suprema de Justicia, no obstante una vez planteado el proyecto no se llegó a consenso y el proyecto fue archivado.

<sup>28</sup> En una entrevista realizada el 25 de marzo del 2014, el Magistrado Arroyo tiene una gran trayectoria en el tema relacionado con las medidas de seguridad de internamiento y es uno de los autores de la reforma y creación de la Ley Penitenciaria, que actualmente está en discusión en la Asamblea Legislativa con el expediente N°18.867.

padecen algún problema mental el cual se ve agravado con la privación de libertad y por el tipo de convivencia que prevalece en estos centros. Estas personas son discriminadas en los módulos donde son ubicados, sufriendo agresiones de tipo físicas, psíquicas y hasta sexuales; en este grupo también se encuentran los sujetos que no contaban con el antecedente de un trastorno mental pero que llegan a desarrollar uno en relación con hecho de estar reclusos.

- Personas privadas de libertad indiciadas, con una medida cautelar asignada por el Juez Penal: se encuentran ubicadas en centros penales o en el Hospital Nacional Psiquiátrico por orden del Juez Penal a quien le corresponde la vigilancia, el seguimiento del tratamiento y la duración de la medida cautelar.
- Personas privadas de libertad con una medida de seguridad impuesta por un Tribunal Penal: esto se produce cuando una personas que ha sido consideraba inimputable cometa un hecho punible, y se considera que por el grado de peligrosidad requieren de una medida de seguridad curativa en un hospital psiquiátrico, estas personas pasan a la orden del Juez de Ejecución de la pena y a esa dependencia corresponde la vigilancia, el seguimiento del tratamiento respectivo y la duración de la medida de seguridad.

Previo a la creación del CAPEMCOL, las autoridades penitenciarias insistían que la atención de los grupos arriba mencionados correspondían al Hospital Nacional Psiquiátrico, mientras que los personeros de ese hospital alegaban que el centro no reunía las condiciones de seguridad necesarias para alojar a este tipo de personas que además de presentar una enfermedad mental tiene una historia delictiva, por lo que en su momento se había ideado la exigencia de agentes de seguridad del sistema penitenciario para custodiar a las personas que se encuentran internadas en ese hospital que además contaban con conflictos con la ley, esto a su vez generaba embrollos pues por su parte Adaptación Social alegaba que no estaba dentro de su competencia brindar seguridad a las personas que están cumpliendo con medidas de seguridad curativas.

En ese momento, pero incluso en la actualidad el abordaje del tema de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley supone un gran problema debido a que no se ha logrado del todo definir cuál es la responsabilidad del Estado en la materia y de determinar las competencias que le corresponde a las diferentes instituciones involucradas de modo que se garanticen los derechos fundamentales de esta población.

Se conformó entonces una comisión interinstitucional conformaba por la Defensoría de los Habitantes, el Ministerio de Justicia, la Asamblea Legislativa, la Corte Suprema de Justicia, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital Nacional Psiquiátrico; detectaron una serie de problemas en la aplicación y ejecución de las medidas cautelares y de seguridad, tales como:

1. Imposición inadecuada de medidas cautelares de internamiento en la medida en que no cuenta con un peritaje o valoración psiquiátrica previa que justifique la medida.

2. Falta de análisis y discusión acerca del proceso que se lleva a cabo para imponer las medidas de seguridad y ausencia de regulaciones legales sobre este proceso.
3. Duración indeterminada de las medidas de seguridad. No existe un procedimiento que defina adecuadamente el sistema de revisión de las medidas de seguridad, cuando lo deseable es que prive el criterio medico cuando se considere que la persona se encuentra rehabilitada mentalmente o en condición de egreso.
4. No existe una comunicación fluida y una coordinación entre el Poder Judicial (órgano de imposición y control de la ejecución), el Ministerio de Justicia (órgano de vigilancia) y el Hospital Nacional Psiquiátrico, con el objeto de que haya una efectiva vigilancia y control de las medidas de seguridad, que permitan hacer una revisión periódica y efectiva de las medidas.
5. No existe un establecimiento que reúna las condiciones adecuadas para albergar a este tipo de población. El Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con instalaciones que tengan características carcelarias a lo externo y a lo interno, por ser un centro de atención médica. Por ello, no existe en dicho lugar contención para las personas sometidas a una medida cautelar o a una medida de seguridad, o personas privadas de libertad con trastornos mentales. Tampoco al personal hospitalario le compete cumplir funciones custodiales de carácter policial.
6. Falta de supervisión por parte de los jueces ejecutores sobre la rehabilitación de los internos que se encuentran sometidos a una medida de seguridad.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico se creó en el año 2004 una comisión de medidas de seguridad para el estudio de la problemática dentro del ámbito de ese centro médico, de donde se obtuvieron varias conclusiones:

### **1. Disparidad en el criterio médico-psiquiátrico vs el criterio legal:**

Desde la perspectiva de atención médica el objetivo perseguido consiste en la eliminación o estabilización de los síntomas producto de una enfermedad o un desorden transitorio, de modo que se restablezca un equilibrio funcional que le permita a la persona que padece una enfermedad psiquiátrica retornar a su vida de relaciones sociales en un nivel lo más cercano posible a su estado premórbido.

Según la perspectiva de la comisión de medidas de seguridad, la imposición de las medidas de seguridad de internamiento parte de premisas que son cuestionables:

- Se parte de la idea que la enfermedad mental es curable y que una vez curada la persona, ésta permanece sana.
- Por otro lado que entiende que la conducta antisocial en el enfermo mental es producto de su enfermedad psiquiátrica.
- El orden legal de tipo punitivo busca proteger a la sociedad segregando al ofensor mediante una privación de libertad, castigándolo por su conducta antisocial y privándolo de la libertad para que mida las consecuencias de sus actos

Lo anterior se orienta más a una cuestión de mero control social.

Desde la perspectiva médica-psiquiátrica la comisión consideró que era pertinente que el juez contara con criterio técnico claro a la hora de imponer una medida de seguridad a una persona considerada inimputable, logrando establecer una diferencia entre si se trata de un sujeto con enfermedad mental que ha cometido un ilícito o si se trata de un ofensor habitual que presenta trastornos mentales, según esta comisión la diferencia permite entender que los trastornos mentales y conductuales pueden modificar la actitud y las acciones de un delincuente, pero la delincuencia a su vez está determinada más por la estructura de personalidad y por el ambiente familiar y social en que se desarrolla la persona. Por un lado esta comisión encontró que existe un consenso respecto a la indicación de una medida de seguridad en las personas que claramente padecían de una enfermedad psiquiátrica o una lesión neurológica evidente, pero había criterios dispares respecto al uso de medidas de seguridad en casos donde se trata de condiciones de neurosis, farmacodependencia y trastornos de personalidad sobre todo la personalidad disocial; pues el sentido del tratamiento y los criterios de curación difieren para ambos grupos y esta diferencia según esta comisión debía de quedar bajo un criterio clínico, pues según los criterios de internamiento del Hospital Nacional Psiquiátrico, este segundo grupo condiciones clínicas no ameritan un internamiento a menos de que exista una complicación psiquiátrica o un síndrome de abstinencia.

Las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico manifestaban que no existía problemas técnicos en el manejo de los usuarios con descompensaciones graves de su trastorno mental, pero si sucedía con el manejo de ofensores habituales con trastornos mentales, en especial respecto al tema de la seguridad y el manejo represivo de conductas disociales, ni tampoco contaban con la capacitación para rehabilitar a ofensores sociales.

Otra discrepancia encontrada era respecto a que los plazos judiciales no se adaptaban a los criterios técnicos de manejo de enfermedad mental, y esto generaba una interrupción en el manejo médico del hospital y los procesos de rehabilitación y resocialización que deben seguir los usuarios internados.

*“El Hospital Nacional Psiquiátrico busca un fin terapéutico y la concepción de un Hospital Terapéutico difiere radicalmente de la idea de un Hospital de Seguridad. En el primero el personal está orientado hacia el tratamiento; en el segundo hacia la seguridad. Dado que las unidades de seguridad presentan más bien una atmósfera anti-terapéutica, resulta difícil conciliar estos conceptos dentro de un hospital Psiquiátrico moderno<sup>29</sup>”*

---

<sup>29</sup> Afirmación realizada en las conclusiones de la Comisión de medidas de seguridad creada en el año 2004 para estudiar la problemática del Hospital Nacional Psiquiátrico en torno a este tema.

## **2. Necesidades generadas al Hospital Nacional Psiquiátrico por las Medidas de Seguridad Curativas**

- Una adecuada revisión judicial de las medidas de seguridad, las que deben responder al tratamiento del usuario y no a la rigidez del sistema judicial.
- Al menos un contacto mínimo entre el defensor público y el usuario sujeto a una medida de seguridad.
- Unificación de criterios entre el Hospital Nacional Psiquiátrico en colaboración con el Departamento de Psiquiatría Forense del Organismo de Investigación Judicial.
- Requerimiento de custodia policial, ya que el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico ha identificado que su labor es de tipo asistencial y no custodial policial. Esto está establecido según criterio de Junta Directiva del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- La creación de un centro alternativo que albergue a esta población con conductas contraventoras de la convivencia social y trastornos mentales.
- La actualización de la legislación penal que responda a los requerimientos psiquiátricos modernos dejando la tendencia a la reclusión manicomial como método de segregación social de las personas con discapacidad mental.
- Identificar el problema de la adicción a drogas, alcohol y fármacos entre otros, como detonantes y causantes de trastornos psiquiátricos, físicos y psicológicos que deben ser tratados de forma integral y en centros adecuados.

*“En un momento en que la Psiquiatría avanza hacia el concepto de mayor libertad en las instituciones psiquiátricas y la desinstitucionalización de los usuarios, el sistema penal continúa obligando al Hospital a cumplir una función represiva y asilar<sup>30</sup>”.*

---

<sup>30</sup> Otra afirmación de la Comisión de Medidas de Seguridad del Hospital Nacional Psiquiátrico 2005.

## **A. Creación del pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico: Centro para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCOL).**

### **1. Antecedentes que llevaron a la creación de CAPEMCOL**

Tal y como se ha expuesto en los apartados anteriores, la realidad de combinar en el mismo centro médico, específicamente el Hospital Nacional Psiquiátrico, a las personas que eran internadas por razones estrictamente técnicas-psiquiátrica y aquellos que eran ingresados por criterios judiciales tras haber sido procesados a través del sistema judicial, había generado una gran cantidad de conflictos y se había convertido una necesidad a la que había que dar solución.

El Dr. Álvaro Hernández<sup>31</sup> jefe del servicio de hospitalización y rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico comenta que desde el mismo centro se habían creado comisiones<sup>32</sup> que llevaron a cabo estudios técnicos respecto a la problemática, incluso él mismo había realizado un estudio respecto a los costos que generaba para el hospital el atender a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, que, como ingresaban por criterios judiciales permanecían internadas ahí más tiempo de lo que solamente la enfermedad mental requería, en espera de resoluciones judiciales que estaban basadas en otros aspectos, respecto a esta misma problemática en una entrevista realizada al Magistrado José Manuel Arroyo<sup>33</sup>, éste afirma que la problemática que se vivía en ese momento con esa situación era una que desde su punto de vista consideraba de las violaciones más serias que en tema de derechos humanos se daba.

Según refiere el Dr. Hernández se intentaron varias aproximaciones de resolución del problema, pero la que mayor resultado dio fue la ayuda brindada por la Defensoría de los Habitantes que propició una reunión entre las distintas entidades involucradas en la atención y solución del problema, entre ellas a representantes de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), del Hospital Nacional Psiquiátrico, Poder Judicial, Ministerio de Justicia y Paz, donde se concluye con la elaboración de un proyecto para la creación de un centro especializado en la atención de personas con enfermedad mental que son procesadas por el sistema judicial; este proyecto completado para el años 2006, contó incluso con el apoyo de un diputado de la Asamblea Legislativa.

---

<sup>31</sup> Entrevista realizada el 11 de marzo del 2014.

<sup>32</sup> Hace referencia a la Comisión de Medidas de Seguridad Curativas del Hospital Nacional Psiquiátrico, que estaba constituida por funcionarios de distintas áreas de ese centro médico; esta comisión tuvo una primera función que fue generar estudios sobre el impacto que tenían las medidas de seguridad en el hospital; en una segunda etapa la función de resolver la separación de las poblaciones según el mandato de la Sala Constitucional y en la última etapa son quienes deben orientar a las autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social sobre las necesidades técnicas al momento de la creación del Centro Alternativo.

<sup>33</sup> Entrevista realizada el 25 de marzo del 2014.



El siguiente punto a resolver resultó un poco más engorroso y se trataba de definir cuál institución era la encargada de asumir el proyecto como tal, y la discusión respecto a este tema surge desde una perspectiva ideológica, donde al respecto el Magistrado José Manuel Arroyo refiere que debe entenderse que el tema de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley es una cuestión de salud pública y por tanto corresponde al sistema de salud resolverlo y no sentirse tentados a visualizarlo como un problema de seguridad pública que obligaba a un manejo más de tipo carcelario; fue justamente este punto lo que generó conflicto en cierta medida, en especial por parte de las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico quienes ya habían ideado un proyecto donde se señalaba al Ministerio de Justicia y Paz como encargado de la creación y administración del centro con el soporte técnico de la CCSS en la cuestión de personal de atención en salud mental, según afirma el Dr. Hernández, esto porque aunque una persona tenga una enfermedad mental de forma crónica, las manifestaciones de la enfermedad mental es por lo general en forma de episodios y que una vez compensado el sujeto la problemática delictiva debería tener otro manejo que el de tenerlo privado de libertad en un hospital. El tema fue discutido en una comisión de la Asamblea Legislativa donde se inclinó por la visión orientada a concebir el problema como de salud y por tanto la CCSS aceptó la responsabilidad de crear el Centro especializado con el apoyo técnico del Ministerio de Justicia y Paz. No obstante a pesar de haberse resultado el tema ideológico y concretar un proyecto, éste quedó archivado en la Asamblea Legislativa y no se le dio trámite ni resolución.

Pasaron varios años sin que se solucionara el problema, prorrogando lo que el Magistrado Arroyo había descrito como uno de los problemas más severos en tema de derechos humanos con que contaba Costa Rica, hasta que los familiares de una persona que estaba internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico interponen un recurso de amparo, de cuya resolución se extrae textualmente:

*“Por escrito recibido en la Secretaría de la Sala a las 11:07 hrs. del 7 de octubre del 2008, la recurrente interpone recurso de amparo contra el HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO y manifiesta que su hijo –el amparado- estuvo internado en el Pabellón No. 1 del Hospital recurrido del 8 de julio al 8 de agosto del año 2008. Alega que durante ese tiempo el amparado sufrió de abusos deshonestos e, incluso, fue violado por otro paciente, situaciones de las cuales dio parte al personal de enfermería. Sugiere que en los dormitorios de los pabellones debe haber más personal de vigilancia para evitar esos abusos a pacientes con enfermedades mentales, especialmente, por parte de otras personas internadas con problemas delictivos. Añade que en sus visitas pudo observar como la población referida amedrenta, maltrata, roba y manipula a los enfermos mentales y la policía encargada de los pacientes delictivos no cumplen con su deber. Considera violentados, en perjuicio del amparado sus derechos a la salud y a la integridad física. Solicita la recurrente que se promueva la creación de un centro alternativo para el*

*internamiento de las personas con trastornos mentales y conductuales que estén en conflicto con la ley.<sup>34</sup>”*

En la investigación llevada a cabo por la Sala Constitucional, y que de nuevo consta en la resolución se anotan las entrevistas realizadas a distintos actores relacionados con el caso en particular pero también en general con el conflicto surgido a través de la permanencia de personas en conflicto con la ley que son internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico por orden judicial.

La Dra. Oliva Brenes Antonini quien entonces era directora del centro médico, y que respecto a la problemática se extrae la información documentada en la resolución:

*“(…)Critica que la mayoría de las medidas cautelares impuestas por el sistema judicial no cumplen con los criterios técnicos de ingreso y egreso hospitalario, por lo que permanecen hospitalizados, únicamente, por el cumplimiento de los plazos de la sentencia judicial y agrega que del total de las medidas impuestas sólo un 20% cuentan con diagnóstico psiquiátrico que justifique el ingreso. En ese sentido, agrega que los internamientos por orden judicial no tienen los criterios técnicos de internamiento ni respetan los criterios de egreso hospitalario, estando centrados en el cumplimiento de los plazos de la sentencia judicial. Además, agrega que el sistema de custodias policiales que acompañan a los usuarios sujetos a medidas cautelares, cuando así lo indica la sentencia, no siguen las líneas de autoridad de la institución hospitalaria y representan un problema adicional por sus actuaciones dentro del área hospitalaria(…)”, “(…)Considera que es violatorio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y conductuales que están internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, tener que compartir los espacios del internamiento hospitalario con usuarios internados por orden judicial que cumplen criterios de peligrosidad y que manifiestan conductas delictivas dentro del área hospitalaria(…)”, “(…)Alega, expresamente que la recurrente tiene razón de considerar que la presencia de personas con medidas de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico atenta contra el bienestar físico y psicológico de las personas internadas por razones médicas(…)”.<sup>35</sup>”*

Igualmente del informe rendido por el señor Reynaldo Villalobos Zúñiga en entonces Director General de Adaptación Social expone su punto de vista respecto a la problemática de la convivencia en el Hospital Nacional Psiquiátrico de las personas que son internada por criterio médico del de las que ingresan por orden judicial, su punto de vista es claramente teórico e ideológico , tal como suele suceder con frecuencia, donde la doctrina dicta resoluciones basados en conceptos teóricos y que al ser llevados a la práctica la realidad es otra, las afirmaciones del director de Adaptación Social impresionan descontextualizadas que aquellas exhibidas por la entonces directora del Hospital Nacional Psiquiátrico quien habla sobre la realidad, mientras que tal y como se anota a continuación la doctrina suele ser inflexible y en ocasiones incapaz de considerar **“lo que es, versus lo que debe ser”**:

---

<sup>34</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

<sup>35</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

*“(...) en su condición de Director General a.i. de Adaptación Social, que esa Dirección General y el Ministerio de Justicia en general, no poseen competencias sobre las personas sujetas a medidas de seguridad curativas, como las que motivan la interposición del recurso de amparo (...)”, “(...) De allí que la situación actual en lo que respecta a las medidas de seguridad curativas del Hospital Nacional Psiquiátrico, se encuentra bajo la responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Expone que de conformidad con la Ley de Creación de la Dirección General de Adaptación Social, a esa dependencia no le corresponde la custodia de las personas con medidas privativas de libertad, ni así las personas que por una resolución jurisdiccional en materia penal se les haya declarado inimputables, en razón de su estado de salud. Más bien dicha competencia se ha establecido en las instituciones de salud, ya que, no se trata de una persona que se puede considerar como transgresor de la norma penal volitivamente. Además que las medidas de seguridad curativas por la comisión de un hecho delictivo o sujetos inimputables en razón a trastornos mentales temporales o permanentes, se orientan a suministrar un tratamiento especializado de carácter médico, es decir, su naturaleza se aparta del que se asigna a las penas en general y, que sobre todo, de la pena de prisión, ya que no es una pena ni su naturaleza es criminológica, sino médica. Comparte la recomendación de la amparada, respecto a la creación de un centro alternativo para el internamiento de las personas con trastornos mentales y conductuales, y alega que está en la mejor disposición de brindar su experiencia y conocimiento en el manejo de esta población (...)”<sup>36</sup>.*

Tal y como en la misma línea doctrinal de pensamiento, la entonces Ministra de Justicia, Viviana Martín Salazar manifiesta:

*“(...) el Ministerio de Justicia no tiene responsabilidad sobre los hechos que describe la recurrente, en virtud que no le corresponde la custodia de las personas a las que se le aplica una medida de seguridad por parte de las autoridades judiciales, debido a su condición de enfermedad mental. En estos casos, la custodia corresponde al Hospital Nacional Psiquiátrico y no a la Dirección General de Adaptación Social, ni a ningún otro órgano del Ministerio de Justicia, cuya función es ejecutar las sanciones penales, lo que dista mucho de la imposición de una medida de seguridad (...)”<sup>37</sup>*

La resolución del recurso de amparo también reúne los criterios brindados por el entonces presidente de la Corte Suprema de Justicia y el Consejo Superior del Poder Judicial Luis Paulino Mora Mora, donde expone que:

*“(...) Señala que le compete al Juez en cada caso concreto pronunciarse sobre la necesidad de internar a un imputado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, de conformidad con las disposiciones de los artículos 98, 101 y 102 del Código Penal y 86 y 262 del Código Procesal Penal (...)”, “(...) se solicitó un informe al Magistrado José Manuel Arroyo Gutiérrez, Coordinador de la Comisión de Asuntos Penales. Transcribe el contenido del oficio No. CAP*

---

<sup>36</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

<sup>37</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

*024-07 del 7 de setiembre del 2007. En dicho informe se concluyó que el único lugar apto para el cumplimiento de las medidas de seguridad, la internación para observación o la medida cautelar de internación, es el Hospital Nacional Psiquiátrico, pero que si estas personas representan un problema se puede requerir el auxilio de la Fuerza Pública, siendo el Juez quien debe velar porque el cumplimiento se esté dando en los parámetros que requiere la medida (...)*<sup>38</sup>

Fue así como se expusieron los distintos puntos de vista respecto a la problemática que se estaba generando dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico. La impresión que se genera, es que para el resto de las entidades involucradas de forma directa o indirecta, los problemas expuestos eran percibidos como lejanos u ajenos, al tiempo que el centro de salud quedaba en la total indefensión e incapaz de dar solución al problema, lo que sin duda generaba gran frustración por parte de las autoridades del hospital donde a pesar de sus estudios técnicos, proyectos con miras a resolver el problema, la solución no solamente no llegaba, sino que ninguna institución asumía responsabilidad ante este conflicto que el centro médico no podía resolver por sí solo.

La investigación realizada por la Sala Constitucional, deja plasmado la problemática y al mismo tiempo sienta responsabilidades para la resolución del conflicto, tomando en consideración la principal obligación estatal del reconocimiento de la Dignidad Humana, en lo que se extrae textualmente de la resolución:

*“Nuestra Constitución Política en su artículo 33 reconoce y proclama el valor constitucional de la dignidad humana, que constituye la piedra angular de todos los derechos fundamentales y humanos. El ser humano, por el simple hecho de serlo, por haber nacido tal, es depositario de una serie de derechos que le son reconocidos en protección de su dignidad. En definitiva, uno de los valores y principios fundamentales del Derecho de la Constitución lo constituye, precisamente, la dignidad, sobre el cual se erige el edificio entero de la parte dogmática de la Constitución, esto es, de los derechos fundamentales de las personas. Es a partir del reconocimiento de la dignidad intrínseca al ser humano que los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y las Constituciones le otorgan una serie de libertades y derechos indiscutibles y universalmente aceptados. En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas al adoptar la Declaración Universal de Derechos Humanos en su resolución Nº 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, consideró en el Preámbulo que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de las comunidades. En esa inteligencia, se acordó en el artículo 1º que “Todos los seres humanos nacen libre e iguales en dignidad y derechos (...)”. Asimismo, el artículo 2º reconoce que toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en dicha Declaración sin distinción alguna. Idénticas consideraciones realizó la Asamblea General de las Naciones Unidas al dictar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptados en la resolución No. 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966 e incorporados a nuestro ordenamiento jurídico por Ley No. 4229 del 11 de diciembre de 1968, en los que se decretó*

---

<sup>38</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

que el reconocimiento de los derechos allí dispuestos derivan de la dignidad inherente a la persona humana. Por su parte, los Estados Americanos adoptaron la Convención Americana sobre Derechos Humanos que es Ley de la República N° 4534 de 23 de febrero de 1970 y, en el preámbulo, reconocieron que los derechos esenciales del hombre no surgen del hecho de ser nacional de un determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana. En esa tesitura en el artículo 1° se dispone que los Estados Partes en la Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona sin discriminación. Asimismo, dicha Convención en su artículo 11, párrafo 1°, bajo el epígrafe de "Protección de la Honra y de la Dignidad" dispone que "1. Toda persona tiene derecho al (...) reconocimiento de su dignidad". Tales mandatos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y de la propia Norma Fundamental imponen el respeto y reconocimiento de la dignidad intrínseca de toda persona, sin discriminación alguna."<sup>39</sup>

También la Sala Constitucional reconoce los Derechos Fundamentales de las personas con enfermedad mental que a este respecto afirma:

*“Este Tribunal Constitucional en múltiples resoluciones ha señalado que el derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la República. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental. Partiendo, en consecuencia, del reconocimiento y la tutela del derecho a la salud, derivado del artículo 21 de la Constitución Política, es preciso señalar que debe ser entendido de modo amplio (in dubio pro libertate o pro homine, eficacia expansiva y progresiva) de forma similar al concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en su declaración constitutiva al disponer que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De lo anterior, se desprende que los poderes públicos están en la obligación de brindar una serie de prestaciones positivas para asegurar a la población las condiciones necesarias para prevenir, tratar y restablecer su salud tanto física como mental. A nivel internacional encontramos una serie de normas y principios que procuran, precisamente, dar protección y potenciar los derechos fundamentales de las personas que padecen enfermedades mentales. Específicamente, nos referimos a los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución No. 46/119 de 17 de diciembre de 1991. Dicho instrumento, en el principio 1°, enumera una serie de libertades fundamentales y derechos básicos de las personas que sufren enfermedades mentales, entre los que cabe resaltar los siguientes:*

---

<sup>39</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

*“1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.*

*2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.*

*3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante. (...)”*

*Asimismo, en relación a la atención que reciben las personas con enfermedades mentales, se aboga por su derecho a recibir la atención sanitaria que ameriten, se proclama su derecho a ser tratado de conformidad con las mismas normas aplicables a los demás enfermos y a brindarles un cuidado especial. El principio 8° dispone lo siguiente:*

*“(...) 2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.”*

*De otra parte, la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, suscrita por la Federación Mundial de la Salud Mental en el año 1989, proclama que “Los enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten ‘la dignidad inherente’ y ‘los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana’”. En el artículo 4° se enumeran una serie de derechos específicos para la atención de los derechos de las personas con enfermedades mentales, a saber:*

*“Artículo 4: Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos.*

*Comprenden:*

- El derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada;*

*(...)*

- El derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; (...)”*

*Incluso, esta declaración parte de una premisa como lo es la coordinación administrativa intersectorial, esto es, un esfuerzo conjunto y concertado de todos los poderes públicos, para fortalecer la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales. Al respecto, el artículo 7° dispone lo siguiente:*

“Artículo 7:

**La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental.**

**La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados , en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a la enfermedad mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda (la negrita no es del original).”**

Por su parte, el artículo 51 constitucional le impone a los poderes públicos el deber de brindar una protección especial al “enfermo desvalido” y le confiere a este el derecho de gozar de aquella. A partir del conjunto normativo citado, se concluye que las personas con alguna enfermedad mental merecen un tratamiento médico digno que procure el restablecimiento de su salud, siendo reprochable cualquier tipo de abuso proveniente del personal médico o de otros pacientes.”<sup>40</sup>

Al final de la investigación y considerando toda la jurisprudencia respecto a derechos humanos y personas con enfermedad mental disponibles, la Sala Constitucional resuelve:

“Se declara parcialmente CON LUGAR el recurso. Se ordena a Eduardo Doryan Garrón en su calidad de Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, o a quien en su lugar ocupe dicho cargo, lo siguiente: a) Que en el plazo improrrogable de **un año** se planifique y programe la creación, construcción y puesta en funcionamiento de un centro de tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación para las personas inimputables o con imputabilidad disminuida a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal; b) En tanto no sea creado y puesto en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, debe proceder, en un plazo razonable, a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a medida preventiva o de seguridad alguna, respecto de los que sí lo están; c) Coordinar con el Ministerio de Seguridad Pública la custodia de los enfermos mentales inimputables o con imputabilidad disminuida a quienes se les haya impuesto una medida cautelar o de seguridad. Se ordena a Viviana Martín Salazar en su condición de Ministra de Justicia o a quien la sustituya lo siguiente: a) Crear en el plazo de **un año** un cuerpo de policía penitenciaria especial que se encargue de la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal; b) Coordinar acciones con la Caja Costarricense de Seguro Social para que cuando se construya y entre en funcionamiento el centro psiquiátrico

---

<sup>40</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.

*especializado, el cuerpo de policía penitenciaria referido entre en funcionamiento. Asimismo, se le ordena al Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social y a Viviana Martín Salazar en su condición de Ministra de Justicia que informen, periódicamente, a este Tribunal Constitucional sobre las medidas adoptadas para dar cumplimiento a lo resuelto en esta sentencia. Lo anterior, bajo apercibimiento que, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, se impondrá prisión de tres meses a dos años, o de veinte a sesenta días multa, a quien recibiere una orden que deba cumplir o hacer cumplir, dictada en un recurso de amparo, y no la cumpliera o no la hiciera cumplir, siempre que el delito no esté más gravemente penado. Se condena al Estado y a la Caja Costarricense de Seguro Social al pago de las costas, daños y perjuicios causados con los hechos que sirven de base a esta declaratoria, los que se liquidarán en ejecución de sentencia de lo contencioso administrativo. En lo demás, se declara sin lugar el recurso. Notifíquese esta resolución a Viviana Martín Salazar en su condición de Ministra de Justicia y a Eduardo Doryan Garrón en su calidad de Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, o a quienes en su lugar ocupen dichos cargos, en forma personal.”<sup>41</sup>*

Es así como el Hospital Nacional Psiquiátrico procede entonces a cumplir con el punto “b” de la resolución que ordena a la separación de la población internada en ese centro con medidas de seguridad de aquellas que están internadas por criterios médicos, con esta primera resolución, el Dr. Hernández comenta que se dio una división funcional dentro del mismo hospital, y en uno de los pabellones se ubicó a los pacientes que contaban con internamientos por medidas judiciales; este pabellón contaba con custodia, pero en no se mantenía a esa población recluida en el pabellón y entonces compartían espacios en común tal como las zonas verdes con el restos de los pacientes internados.

Es muy importante aclarar que esta medida excluyó por completo a las mujeres, donde no se llevó a cabo la división, pues según refiere el Dr. Hernández la población femenina que ingresaba por medidas judiciales era muy escasa y no generaba los mismos problemas que la población masculina, por lo que a pesar de que la resolución no excluye a la población femenina las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico se limitaron a dividir la población masculina.

Es claro que la resolución de la Sala Constitucional era parcial, pues hacía de acato obligatorio e inmediato la división de las poblaciones pero en cuanto a la creación del Centro Alternativo para atender de la población con enfermedad mental que tenían órdenes judiciales de internamiento, disponía del plazo de un año de tiempo para la creación, no obstante dos años después, en el año 2010 no se había creado tan anhelado y necesitado centro y es cuando en enero de ese mismo año la Secretaría de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia recibe un nuevo recurso de amparo en términos similares al del año 2008:

---

<sup>41</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2009-4555.



*“Por escrito recibido en la Secretaría de la Sala a las 21:08 hrs. de 29 de enero de 2010, la recurrente interpone recurso de amparo contra el Hospital Nacional Psiquiátrico y manifiesta que su hermano **XXXX** fue ingresado al Hospital Nacional Psiquiátrico, el día veinticinco de enero de dos mil diez, porque presentó un brote psicótico. El martes veintiséis de enero de 2010, a eso de la una de la mañana, fue ingresado a la (UCI) Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció hasta el día miércoles de esa misma semana. Posteriormente, a las diez de la mañana de ese mismo día, su hermano fue ubicado en el pabellón N° 1, lugar en que había privados de libertad. Explica que el 28 de enero de 2010, la recurrente visitó a su hermano y lo vio en dos ocasiones, la primera vez entre las 12:30 horas y las 13:30 horas y luego entre las 15:15 horas y 15:30 horas. Explica que la primera vez le observó con barba, relajado y sin alteraciones. Sin embargo, la segunda vez lo encontró rasurado, nervioso y llorando. Él la llevó a hablar a solas al mirador del edificio, se tiró al suelo y llorando le contó que un hombre con la cara quemada le había rasurado los vellos de sus partes íntimas, le había bañado y luego le chupó el pene. Al enterarse del delito sexual cometido en contra de su hermano, la recurrente empezó a buscar información sobre el individuo descrito y se enteró que se trataba de un privado de libertad llamado "Jorge", quien guardaba prisión preventiva y se encontraba allí para ser valorado por Psiquiatría. De hecho, ya había sido valorado y el doctor determinó que no tenía trastornos psiquiátricos y tenía que haber sido egresado de ese centro de salud desde hacía quince días. No obstante, el individuo esperaba la orden del juez para egresar, tenía un oficial de policía como custodio y debía estar esposado. Aduce la recurrente que, pese a lo anterior, hasta ese momento, en las cuatro visitas anteriores que ella había realizado, jamás lo observó esposado o con un custodio a su lado. Ante lo acontecido, la petente acudió a Enfermería y habló con el enfermero José Luis y la enfermera Alicia, quien dijo ser la Encargada del Pabellón y la superior en ese momento. Ella los llevó a una oficina donde hizo que el ofendido narrara nuevamente lo acontecido, pero no tomó nota al respecto. Luego llamó al policía custodio y éste dijo que no era su culpa, dado que él tenía que cuidar a dos reos al mismo tiempo. Sin embargo, Alicia únicamente indicó que iba a ubicar a **XXXX** en un cuarto a mano derecha con los retardados. Al indagar sobre este punto, la reclamante se enteró que tal lugar ni siquiera existía, pero prácticamente fue expulsada del pabellón. Denuncia que su hermano estaba en crisis y no le dieron la posibilidad de llevarle a denunciar el delito sexual. Más bien, de forma muy grosera, Alicia le había hecho describir nuevamente la agresión de la que había sido objeto. Con todo, mientras salía del edificio, la recurrente pudo buscar a la Jefe de Enfermería y le exigió pasar a su hermano a otro lugar así como que se le permitiera denunciar lo ocurrido. Ella habló con Alicia y decidieron llamar a su hermano para entrevistarle, nuevamente. Sin embargo, él ya no quiso hablar más del asunto, por lo que llamaron a una psiquiatra y a la Directora del Centro de Salud, y por cuarta vez le hicieron narrar los hechos. Esta vez él estaba muy alterado y se puso a llorar, agravándose su estado de nervios, por lo que detuvieron aquel interrogatorio y tomaron nota. Además, ellas entrevistaron al supuesto abusador, **XXXX**, y él aceptó haber bañado a **XXXX** y haberle depilado. Por esa razón le permitieron a la recurrente llevar al amparado a interponer la denuncia respectiva. No obstante, desde ese*

*momento la petente y su familia han pedido constantemente que les permitan estar cerca de él para cuidarle, o bien que sea ubicado en un cuarto a solas que no sea la UCI, pero las Autoridades del Hospital no han accedido a su solicitud. De hecho, acusa que pese a los hechos descritos, no se ha resuelto qué medida se tomará para protegerle. Objeta además que el hospital les negara, anteriormente, información acerca de su estado de salud, al diferirlo para el 11 de febrero de 2010.”<sup>42</sup>*

Y tal como sucede con el recurso anterior se procede a entrevistar a los encargados y responsables de las distintas instituciones involucradas con la problemática generada por las personas internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico por orden judicial y en lo que a este respecto el entonces director del Hospital Psiquiátrico el Dr. Víctor Alfredo Navarrete, afirma que:

*“(...) La situación denunciada se dio a pesar de que la persona, a la cual se le acusa de cometer el abuso, debe estar acompañado por un custodio policial debido a que está internado por una medida cautelar. Esto refleja la inoperancia y la irresponsabilidad del sistema de custodia policial del Hospital Nacional Psiquiátrico. Como medida adicional, se solicitó una investigación al Departamento de Enfermería. Por último, indicó que el Hospital Nacional Psiquiátrico, no tiene instalaciones con características carcelarias a lo externo y a lo interno, por ser un centro de atención médica y tienen poco apoyo de los custodios del Ministerio de Justicia (...)”*

Así mismo el Dr. Eduardo Doryan Garrón, entonces presidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en esta ocasión aseveró que:

*“(...) actualmente, se encuentra programada la presentación ante esa Presidencia de parte de las propuestas que, en criterio de la comisión, constituyen las alternativas de mayor viabilidad técnica y de implementación en un menor tiempo, a fin de cumplir el fallo referido, no sólo en lo concerniente a la tarea de planificar y programar la creación, construcción y puesta en funcionamiento del centro de tratamiento psiquiátrico especializado, sino de la separación de los pacientes que no se encuentran sometidos a medida de seguridad respecto de aquellos que sí lo están, para lo cual fue necesario contar con un estudio de viabilidad de los espacios físicos institucionales, como punto de partida para el análisis de las alternativas o propuestas (...)”<sup>43</sup>*

De nuevo la Sala Constitucional basó su consideración para resolver el recurso interpuesto en el reconocimiento constitucional de la dignidad humana y en la promoción de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales, basado en la Constitución Política en su artículo 21 como el derecho a la vida, en el concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en su declaración constitutiva donde dispone: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o*

---

<sup>42</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2010-12189

<sup>43</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2010-12189

enfermedades<sup>44</sup> y de donde se desprende que los poderes públicos están en la obligación de asegurar a la población las condiciones necesarias para prevenir, tratar y restablecer su salud tanto física como mental; también los **“Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental”** adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución de 1991, también la **“Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental”** suscrita por la Federación Mundial de la Salud Mental en el año 1989 y por último donde el artículo 51 constitucional que le impone a los poderes públicos el deber de brindar una protección especial al “enfermo desvalido” y le confiere a este el derecho de gozar de aquella; y donde la resolución concluye del conjunto normativo que:

*“(…) las personas con alguna enfermedad mental merecen un tratamiento médico digno que procure el restablecimiento de su salud, siendo reprochable cualquier tipo de abuso proveniente del personal médico o de otros pacientes (…)”*

Al mismo tiempo hace alusión al igual que sucede con la sentencia N°4555, el deber de vigilancia del Estado respecto a las personas que se encuentran internadas en hospitales psiquiátricos, tal como fue considerado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia sobre reparaciones en el “Caso Ximenes Lopez Vs. Brasil” dictada el 4 de julio de 2006:

*“(…) 89. En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.*

*90. La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud. (…)”*

*103. La Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera*

---

<sup>44</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946.

*que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.*

*104. En tal sentido, los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las personas que viven en condiciones de extrema pobreza; niños y adolescentes en situación de riesgo, y poblaciones indígenas, enfrentan un incremento del riesgo para padecer discapacidades mentales, como era el caso del señor Damião Ximenes Lopes. Es directo y significativo el vínculo existente entre la discapacidad, por un lado, y la pobreza y la exclusión social, por otro. En razón de lo anterior, entre las medidas positivas a cargo de los Estados se encuentran aquellas necesarias para prevenir todas las formas de discapacidad prevenibles, y dar a las personas que padecen de discapacidades mentales el tratamiento preferencial apropiado a su condición.*

*105. Las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades mentales sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad.*

*106. Con relación a la salvaguarda de la vida y la integridad personal, es necesario considerar que las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en instituciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante. La vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación. (...)*

*108. Todas las anteriores circunstancias exigen que se ejerza una estricta vigilancia sobre dichos establecimientos. Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación.*

*109. La atención de salud mental debe estar disponible a toda persona que lo necesite. Todo tratamiento de personas que padecen de discapacidades mentales debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida. (...)*

*124. Esta Corte reiteradamente ha afirmado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás*

derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.

125. En virtud de este papel fundamental que se asigna al derecho a la vida en la Convención, la Corte ha afirmado en su jurisprudencia constante que los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, y en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él. En esencia, el artículo 4 de la Convención garantiza no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino que además, el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida; establecer un sistema de justicia efectivo capaz de investigar, castigar y reparar toda privación de la vida por parte de agentes estatales o particulares; y salvaguardar el derecho a que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una vida digna, lo que incluye la adopción de medidas positivas para prevenir la violación de este derecho .

126. A su vez, la Convención Americana reconoce expresamente el derecho a la integridad personal, bien jurídico cuya protección encierra la finalidad principal de la prohibición imperativa de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Este Tribunal ha considerado de forma constante en su jurisprudencia que dicha prohibición pertenece hoy día al dominio del *ius cogens*. El derecho a la integridad personal no puede ser suspendido bajo circunstancia alguna.

127. La Corte ya ha establecido que la infracción del derecho a la integridad física y psíquica de las personas es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y que abarca desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta. Es decir, las características personales de una supuesta víctima de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, deben ser tomadas en cuenta al momento de determinar si la integridad personal fue vulnerada, ya que tales características pueden cambiar la percepción de la realidad del individuo, y por ende, incrementar el sufrimiento y el sentido de humillación cuando son sometidas a ciertos tratamientos. (...)

128. Los Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental. La anterior obligación se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos; la promoción de la salud mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posible, y la prevención de las discapacidades mentales.

129. Debido a su condición psíquica y emocional, las personas que padecen de discapacidad mental son particularmente vulnerables a cualquier tratamiento de salud, y

dicha vulnerabilidad se ve incrementada cuando las personas con discapacidad mental ingresan a instituciones de tratamiento psiquiátrico. (...)

130. La Corte considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. (...).<sup>45</sup>

La investigación también consideró el tema de infracción de los derechos fundamentales y humanos de los pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico:

*“(...) de las manifestaciones de la propia recurrente, así como, del informe rendido por las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico, se acredita una problemática que afecta, sensiblemente, los derechos fundamentales de un segmento de los enfermos mentales internados en el referido centro médico. En efecto, según se informa, los pacientes son expuestos a todo tipo de agresiones, abusos y vejámenes de manera sistemática, por parte de otros usuarios que se encuentran internados en virtud de una orden judicial impuesta por el sistema penal, ya sea por la imposición de una medida cautelar, o bien, por una medida de seguridad. Es preciso enfatizar algunas de las manifestaciones de las autoridades encargadas del Hospital Nacional Psiquiátrico que ponen en evidencia el conflicto que se suscita por la convivencia entre personas enfermas mentales y personas internadas por algún conflicto penal que, igualmente, tienen disminuidas sus capacidades mentales. Así, por ejemplo, la Master Betty Oviedo Porrás en su condición de Directora de Enfermería, señala lo siguiente:*

*“El internamiento de medida de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico ha sido denunciado en múltiples ocasiones por las autoridades hospitalarias, en la medida en el que el hospital no cuenta con las condiciones de seguridad necesarias para manejar a esta población, la cual comparte los espacios de internamiento con los usuarios internados por criterio médico (...) **Es violatorio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y conductuales que están internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, tener que compartir los espacios del internamiento hospitalario con usuarios internados por orden judicial que cumplen criterios de peligrosidad y que mantienen conductas delictivas dentro del área hospitalaria**”.*

*Igualmente, el Dr. Mariano Vargas Pardo, miembro del Comité de Seguridad Curativa del Hospital Nacional Psiquiátrico, manifiesta lo siguiente:*

---

<sup>45</sup> Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, del 4 de julio del año 2006, en el caso de Ximenes Lopes vs Brasil, el caso específico contra el estado de Brasil debido a maltratos sufridos por un paciente internado en un hospital psiquiátrico, se trata de un caso emblemático donde la Corte despliega la censura contra el Estado al no cumplir su obligación de velar por el bienestar de una persona que por su condición de discapacidad mental se encuentra en estado de vulnerabilidad.

*“Los programas de tratamiento y rehabilitación psicosocial que ofrece el Hospital Nacional Psiquiátrico no están diseñados para las personas con trastornos de conducta de tipo disocial, farmacodependencia, infractores habituales, agresores o personalidades perversas, los cuales se aprovechan de las condiciones de libertad, flexibilidad y convivencia para abusar de los usuarios con Trastornos Mentales y Conductuales. El Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con una estructura de seguridad y contención que permita manejar las conductas de tipo disocial que presenta la población cautiva por orden judicial. (...)*

*Los usuarios sujetos a Medidas Curativas de Internamiento o Medidas de Seguridad Curativas de Internamiento que no tienen Trastornos Mentales no logran adaptarse a los programas de rehabilitación y se convierten en personas de difícil manejo para el personal y peligrosos para otros usuarios, ya que incurren en conductas de robos, amenazas, violencia física y sexual contra otros, consumo y tráfico de drogas, irrespeto a las reglas establecidas y al personal hospitalario, fugas hospitalarias a repetición, agresión y maltrato contra otros usuarios y crean un clima de inseguridad en el centro que ya ha sido denunciado por el personal, los usuarios y sus familiares. Para estos sujetos es necesario crear centro de rehabilitación específicos diferentes a las condiciones hospitalarias*

*Tales manifestaciones reflejan que, efectivamente, en el Hospital Nacional Psiquiátrico se está presentando una situación sumamente grave que afecta los derechos fundamentales y humanos de una parte de los pacientes de dicho nosocomio, al ser víctimas de una serie de abusos y vejámenes cometidos por otros internados en dicho centro médico por orden de una autoridad jurisdiccional, lo cual atenta contra su integridad física, salud, calidad de vida y bienestar físico y psicológico, en definitiva, contra su dignidad humana y contra su derecho a recibir una atención médica de calidad.”<sup>46</sup>*

Y por último en la sentencia N°12189 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia se resuelve:

*“Se declara **CON LUGAR** el recurso. Se ordena a Ileana Balmaceda en su calidad de Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y a Víctor Alfredo Navarrete en su condición Director General a.i. del Hospital Nacional Psiquiátrico, o a quienes en su lugar ocupen dichos cargos, que en tanto no sea creado y puesto en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, deben proceder de forma **INMEDIATA**, a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a medida preventiva o de seguridad alguna, respecto de los que sí lo están, así como, abstenerse de incurrir, nuevamente, en la conducta que sirvió de base para la presente estimatoria. De esta manera se les reitera la orden por medio de la cual se les indicó su deber de coordinar con el Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública para asegurar la seguridad de los pacientes. Lo*

---

<sup>46</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2010-12189

*anterior, bajo apercibimiento que, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, se impondrá prisión de tres meses a dos años, o de veinte a sesenta días multa, a quien recibiere una orden que deba cumplir o hacer cumplir, dictada en un recurso de amparo, y no la cumpliera o no la hiciera cumplir, siempre que el delito no esté más gravemente penado. Se condena a la Caja Costarricense de Seguro Social al pago de las costas, daños y perjuicios causados con los hechos que sirven de base a esta declaratoria, los que se liquidarán en ejecución de sentencia de lo contencioso administrativo. Notifíquese esta resolución a Ileana Balmaceda en su calidad de Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y a Víctor Alfredo Navarrete en su condición Director General a.i. del Hospital Nacional Psiquiátrico, o a quienes en su lugar ocupen dichos cargos, en forma personal.”<sup>47</sup>*

---

<sup>47</sup> Sentencia de la Sala Constitucional 2010-12189



## 2. Creación del pabellón CAPEMCOL

Es debido a esta resolución que las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico junto con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) empiezan a idear una forma más drástica de dividir las poblaciones de pacientes internados por medidas judiciales de aquellos que habían ingresado por indicación médica, según comenta el Dr. Elizondo<sup>48</sup> actual encargado de CAPEMCOL, tras las sentencias antes mencionadas se procede a crear dos comisiones, una de ellas iba a ser encargada de diseñar el proyecto del Centro Alternativo de atención a la población con medidas judiciales, mientras que la segunda se encargaría en resolver el problema inmediato de dividir las poblaciones. Es así como esta segunda comisión tenía como objetivo buscar un lugar apropiado y llevar a cabo las negociaciones de alquiler para asentar allí un pabellón con las características necesarias para albergar a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley.

El Dr. Hernández<sup>49</sup> afirma que la creación de CAPEMCOL resulta ser una solución alternativa, temporal y parcial, pues por un lado sigue siendo parte del Hospital Nacional Psiquiátrico y depende de él tanto de forma administrativa como presupuestaria; parcial porque no dio cabida a la población femenina ni de adultos mayores o menores de edad, por no contar con las condiciones de infraestructura y personal apropiadas.

El Dr. Hernández recuerda que se había encontrado una nave industrial de una fábrica que había cerrado, estaba ubicado a una distancia aproximada de 10km del Hospital Nacional Psiquiátrico, el dueño se mostró muy interesado en ofrecer las instalaciones en forma de alquiler para el proyecto del pabellón CAPEMCOL, y debido a que la normativa de la Caja Costarricense de Seguro Social impide destinar recursos para remodelaciones de espacios que no le pertenecen, el dueño de la nave industrial ofreció hacer las modificaciones necesarias para que pudiera funcionar a cambio que un número específico de años de alquiler y considerando que toda la inversión que tuviera que hacer se veía reflejado en aumentos en el alquiler de las instalaciones.

El pabellón CAPEMCOL abrió sus puertas en octubre del 2011, según el Dr. Elizondo se realizó un cálculo histórico de la cantidad de personas internadas por indicación judicial en el Hospital Nacional Psiquiátrico y se documentó que el censo más alto correspondía a 60 camas, por lo que se dispuso espacio para 75 camas, considerando la posibilidad de un aumento de la demanda de internamientos en ese centro, lo que sucedió al cabo de cinco meses, respecto a esto el abogado Roger Víquez<sup>50</sup> quien desde su puesto en la Defensoría de los Habitantes ha seguido de cerca este proceso comentó:

---

<sup>48</sup> Médico especialista en psiquiatría y jefe del pabellón CAPEMCOL, entrevista realizada el 18 de marzo del 2014.

<sup>49</sup> Dr. Álvaro Hernández es el jefe de Servicios Médicos y Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico, que fue entrevistado el 11 de marzo del 2014.

<sup>50</sup> Roger Víquez, Doctor en derecho, es el actual coordinador del Mecanismo contra la Tortura, y quien jugó un papel conciliador junto con la Defensoría de los Habitantes para llevar a cabo el primer proyecto de creación del Centro Alternativo.

*“Yo hablé con el Dr. Elizondo y le dije, que cuando los jueces ejecutores vieran eso se lo iban a llenar, y dicho y hecho se lo llenaron.”*

Para el momento en que se dio el traslado el Dr. Hernández<sup>51</sup> relata que se trasladaron los entonces 49 pacientes que se encontraban internados, pero al año 2013 el pabellón de CAPEMCOL había sobrepasado su capacidad de infraestructura, se había aumentado la capacidad para un total de 60 camas para personas ya sentenciadas y con medidas de seguridad de internamiento y 30 camas para indiciados de estancias menores, no obstante para el mes de febrero del año 2014 la ocupación para medidas de seguridad curativas alcanzaba las 64 camas mientras que las de medidas cautelares de corta estancia era de 42, a lo que afirma el galeno:

*“Los jueces descubrieron que había un lugar y lo abarrotaron en dos años”.*

---

<sup>51</sup> Entrevista 11 de marzo del 2014.

### 3. Infraestructura del pabellón CAPEMCOL

#### a) *Planta física*

El pabellón CAPEMCOL está ubicado en La Uruca en San José, a 10 km aproximados de las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico. Se trata de una nave industrial que fue acondicionada para tales propósitos, pero debido a que fue diseñada como una planta industrial las características de infraestructura presenta limitantes.

Se trata de un salón general amplio donde están ubicados a los pacientes, cuenta con un limitado espacio de esparcimiento pero no tiene zonas verdes, al tratarse de un edificio con forma de galera el eco y el ruido en general es alto, además se ubica al lado de una de las principales carreteras de Costa Rica, la autopista General Cañas, lo que provoca un ruido fuerte y constante incluso en la noche. A esto el abogado Roger Víquez<sup>52</sup> comenta que a pesar de que reconoce el esfuerzo del Hospital Nacional Psiquiátrico en crear un centro que cumple con las necesidades de atención y protocolos de manejo de personas con enfermedad mental, las instalaciones del pabellón CAPEMCOL están lejos de ser ideales, pues no cuentan con zonas verdes, de juego o recreo diferente al de observar la televisión y que justamente basado en su experiencia en centros penales, explica que al no contar el CAPEMCOL con zonas apropiadas de esparcimiento y relajación, el encierro contribuye a problemas de convivencia e inestabilidad emocional, no sólo de los pacientes internados sino también de los mismos funcionarios, además señala que el ruido que genera la autopista es intenso y que esto podría contribuir a un desajuste emocional.

Debido a que las instalaciones no cuenta con un lugar apropiado para la preparación de alimentos, estos son alistados en la cocina del Hospital Nacional Psiquiátrico y luego trasladado al CAPEMCOL para alimentar a los pacientes internados y los funcionarios; esto puede provocar muchos inconvenientes como: el retraso de la comida por el tráfico vehicular, que pierda la temperatura ideal de los alimentos, y sin dudas los costos de transporte.

El CAPEMCOL cuenta con una pequeña área de terapia ocupacional, pero la zona de juegos es muy limitada, esto es uno de los principales inconvenientes que ha encontrado Roger Víquez, quien asegura que el espacio tan reducido, la falta de zonas de esparcimientos para entretenimientos y relajación provoca un aumento de la tensión e inestabilidad emocional, no sólo a los usuarios del centro sino también al mismo personal a cargo, esto conlleva a problemas de convivencia; éste abogado afirma que tratándose de personas con enfermedades mentales, el centro debería de ofrecer amplias zonas verdes que permitan el descanso y la sensación de tranquilidad; sin duda este es uno de los motivos por el cual las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico se caracterizan por extensas zonas verdes sembradas de árboles que brindan sombras y lugares que

---

<sup>52</sup> Entrevista realizada el 31 de marzo del 2014.

invitan a la relajación, además las características ideales de la infraestructura de hospital ha permitido desarrollar toda una actividad ocupacional destinado a una granja de mariposas, finca con huertas agrícolas y zona para cría y cuidado de cabras, también un vivero de plantas ornamentales, lo que ha dado excelentes resultados en cuanto a los programas de rehabilitación, pero que los usuarios que ingresan al hospital por indicación judicial no pueden disfrutar ya que por ordenamiento de la Sala Constitucional se obligó a separar a las poblaciones de pacientes, lo que resolvió en gran medida los problemas de convivencia entre los usuarios del hospital pero supuso un detrimento para los usuarios del CAPEMCOL que no pueden gozar de esos beneficios.

Buscando ofrecer una mayor seguridad al personal médico y paramédico se ha dividido por medio de rejas el puesto de enfermería y consultorios médicos de las zonas donde se ubican los pacientes, y cada puerta está custodiada por oficiales de Adaptación Social quienes han asumido la custodia y seguridad del centro. El tema de la seguridad continúa siendo un problema, aunque la planta física permite un mayor resguardo que las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico, está lejos de poder ofrecer una seguridad completa y según comenta el Dr. Elizondo<sup>53</sup> ya se han presentado quejas de vecinos del centro alegando de la poca seguridad y el riesgo que ellos consideran ha venido a representar el CAPEMCOL. Según lo estipulado por la Sala Constitucional, los oficiales encargados de la seguridad del centro debían provenir de Adaptación Social, que según el fallo debía de crear un cuerpo capacitado y sensibilizado para tratar con personas con enfermedades mentales que sin duda requieren de una atención distinta a lo que existe en un centro penal regular, pero tal como lo afirma el Dr. Roger Víquez esto no ha sido así, lo que genera una situación de riesgo respecto al trato que reciben los usuarios por parte de los oficiales, que no tienen claro la naturaleza de las enfermedades mentales y el riesgo de incurrir en innecesarias medidas disciplinarias cuando en realidad la persona está sufriendo de una alteración mental y no es capaz de auto-controlarse.

## *b) Servicios*

En cuanto a la estructura funcional, el Dr. Elizondo explica que se cuenta con todo el personal requerido para dar atención a los distintos servicios administrativos como: un administrador, secretarías, transportes, encargados de aseo y vigilancia.

En la parte técnica, CAPEMCOL tiene a disposición un equipo de enfermería con asistentes de pacientes, auxiliares de enfermería y licenciados en enfermería, varios médicos generales, dos psiquiatras, un psicólogo clínico, un terapeuta ocupacional y una trabajadora social. En general para el proyecto del pabellón CAPEMCOL la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) creó 59 puestos de trabajo nuevos, 33 de ellos destinados a la parte técnica y el resto en labores

---

<sup>53</sup> Entrevista realizada el 18 de marzo del 2014.

administrativas. Para el resto de servicios con que no se cuenta directamente en CAPEMCOL el Hospital Nacional Psiquiátrico es encargado de brindar apoyo.

Al mismo tiempo que se creó el CAPEMCOL, se estableció la necesidad de un asesor legal, por lo que la CCSS destinó uno de sus abogados de planta para esta labor, y es donde la Licda. Alcyra Hernández se ha encargado de asesorar y apoyar al Dr. Elizondo, a las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico y a la misma Caja Costarricense de Seguro Social para que se cumplan con las disposiciones acordadas y sirva de enlace con las autoridades judiciales, tales como los Tribunales Penales y los Juzgados de Ejecución de la Pena.

Según el Dr. Elizondo uno de los principales problemas hasta ahora, es que las autoridades judiciales tienen la creencia de que el Centro Alternativo de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley ya fue creado como tal, y esto no es así, pues hasta el momento solamente se ha cumplido por la parte de la sentencia de la Sala Constitucional que hace referencia a la separación de las poblaciones, a pesar de esto y dadas las limitaciones logísticas y económicas no se ha podido incluir a la población de mujeres y adultos mayores ni menores de edad. El pabellón CAPEMCOL sigue perteneciendo al Hospital Nacional Psiquiátrico y depende de él tanto en la parte administrativa como presupuestaria, lo que sin duda es una limitante, según el Dr. Roger Víquez el CAPEMCOL ya es insuficiente para cubrir las verdaderas necesidades de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, y es urgente la creación de un Centro Alternativo como una unidad programática con total independencia del Hospital Nacional Psiquiátrico, que brinde atención tanto a la población masculina como a la femenina y dividido por grupos etarios que incluya a los menores de edad, adultos jóvenes y adultos mayores.

Por otro lado, al cumplir la resolución de la Sala Constitucional, las personas con medidas de seguridad curativas ya no tienen acceso a los programas de rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico, tales como los talleres de carpintería, granja de mariposas, viveros, ni tampoco a los programas más complejos como el de estructuras residenciales, pues al obligar a dividir a la población judicial fue necesario sacarlos de los confines estructurales del Hospital Nacional Psiquiátrico y en el pabellón CAPEMCOL no se cuenta ni con el espacio y recurso humano necesario para instaurar estos programas que han probado ser muy exitosos. Esto genera una gran limitación para cumplir con los objetivos terapéuticos de una medida de seguridad curativa que es la rehabilitación para que el usuario pueda regresar a su comunidad sin ser un factor de riesgo.

#### 4. Funcionamiento y procedimientos del CAPEMCOL

El Dr. Elizondo jefe de CAPEMCOL refiere que en ese pabellón reciben a personas con un criterio básico: ser enviado por orden judicial penal de internamiento, pero al mismo tiempo debe contar con dos elementos uno el judicial ya sea porque está en proceso una investigación y porque ha sido sentenciado a una medida de seguridad curativa y el segundo elemento es que tiene que presentar una enfermedad mental.

Una vez que se recibe al usuario se realizan los estudios diagnósticos para descartar o no la presencia de enfermedad mental, si resulta padecer una enfermedad mental el CAPEMCOL se encarga del tratamiento y rehabilitación, pero si resulta no ser portador de una enfermedad mental se envía un informe al Tribunal para que proceda lo más pronto posible a retirar la medida de internamiento, lo que según indica la Licda. Alcyra Hernández<sup>54</sup> muchas veces se demora varios meses, generando un gasto injustificado por parte de la institución y un perjuicio para el mismo usuario quien sin padecer de una enfermedad mental se le obliga a permanecer internado en ese centro y en compañía de personas claramente enfermas.

Dado que el pabellón CAPEMCOL cumple ciertas normas dispuestas para personas privadas de libertad, la población sentenciada permanece separada de la no sentenciada por un corredor, pero también en programas y actividades diferenciadas (por ejemplo comen en distintos turnos).

Según explica el jefe de CAPEMCOL, los usuarios con medidas de seguridad curativas ya han sido sentenciados y en su gran mayoría cuentan con claro diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y donde el principal objetivo es la rehabilitar la salud, restablecer las condiciones de estabilidad mental y conductual de manera segura, potenciar las habilidades para poder entonces reubicarlos comunitariamente y que logren funcionar a este nivel, según el médico éste es el último punto en la rehabilitación y el más complejo pues requiere la coordinación con otras instituciones encargadas de programas en políticas públicas, tales como vivienda, educación, y apoyo específico.

Las medidas cautelares de internamiento, suelen genera mayor dificultades para el pabellón CAPEMCOL, pues los usuarios ingresan con el propósito de establecer la existencia o no de enfermedad mental, pero aun cuando ésta se descarta, los Tribunales no son rápidos en indicar el egreso, a esto la Licda. Alcyra Hernández afirma que se debió generar una directriz del Poder Judicial recordando que los centros de salud no son adecuados para resguardo de personas bajo custodia y que por tanto no se puede indicar un internamiento ante la posibilidad de fuga o de obstaculización del proceso y donde el objetivo de CAPEMCOL ante una medida cautelar es la de informar al Tribunal si el sujeto conserva o no sus capacidades para enfrentar un proceso legal. El tener internado en un centro médico a personas que no tienen enfermedades ni requieren de tratamiento o supervisión genera un gran problema de manejo para el centro, pues por lo general el encierro provoca mucho malestar e irritabilidad, generando problemas de conducta a lo interno.

---

<sup>54</sup> Entrevista realizada el 18 de marzo del 2014.

## **5. Resultados del Taller: Problemas Procesales con personas enfermas mentales en conflicto con la ley penal**

Los días 25 de enero y 1 de febrero del año 2013, la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia realizó un taller que contó con representantes de la Escuela Judicial, el Hospital Nacional Psiquiátrico y el CAPEMCOL, para discutir sobre los principales problemas que se habían generado con la puesta en marcha del pabellón CAPEMCOL, como resultado de este taller el Consejo Superior en sesión N°7-14 del 28 de enero del 2014 giró ciertas directrices respecto al uso de ese recurso.

En primera instancia y como una cuestión meramente administrativa y dado que el CAPEMCOL pertenece al Hospital Nacional Psiquiátrico, una vez que una persona se enviada para internamiento por cualquiera de los presupuestos de procedencia: internamiento para observación (artículo 86 del Código Procesal Penal); la internación como medida cautelar (ordinal 262 del Código Procesal Penal); la medida de seguridad (numerales 97, 98, 101 y 102 del Código Penal y 388 a 390 del Código Procesal Penal); y el incidente de medida de seguridad (artículo 487 del Código Procesal Penal); deben ser enviados a las instalaciones centrales del Hospital Nacional Psiquiátrico ubicado en Pavas, pues es ahí donde se realizan los trámites de ingreso y la primera valoración médica, para luego ser trasladado al pabellón CAPEMCOL ubicado en la Uruca en San José.

Que una vez que el CAPEMCOL haya preparado y remitido al Tribunal el informe médico-psiquiátrico, el Tribunal debe resolver con prontitud y basado en este informe si el imputado debe permanecer en el centro o egresar de él para quedar en libertad o ser trasladado a un centro penal regular. Esto con el fin de evitar que en el CAPEMCOL permanezcan personas que no cumplen con el criterio clínico de tener una enfermedad mental.

Respecto a las medidas de seguridad, el Consejo Superior recuerda a los jueces y juezas de juicio que están autorizados para imponer medidas de seguridad en tanto amparados en el principio de libertad probatoria, determinen que al momento del hecho delictivo el acusado actuó bajo un estado de inimputabilidad o imputabilidad disminuida (artículos 42 y 43 del Código Penal) y, además, se cuente con un pronóstico de peligrosidad. Además los jueces y juezas de juicio deben realizar una fundamentación mediante criterios de proporcionalidad (idoneidad, necesidad, proporcionalidad en sentido estricto) de la medida de seguridad, ello, ante supuestos de exclusión o disminución de la capacidad de culpabilidad, para decidir el tipo y monto de la medida por imponer. Haciendo un recordatorio a que en la medida de lo posible, los jueces y juezas de juicio deben adoptar mecanismos de control para evitar medidas de seguridad de internamiento excesivas, en muchos casos médicamente innecesarias, que incluso pueden afectar la libertad y salud del sentenciado.

El seguimiento de las medidas de seguridad de internamiento llevadas a cabo por el Juzgado de Ejecución, debe solicitar al CAPEMCOL un informe interdisciplinario cada seis meses (artículo 487 del Código Procesal Penal), donde se pronuncien sobre la evolución de la persona a la que se le impuso la medida, para que el Juzgado puede contar con información técnica a fin de poder decidir sobre la continuidad, cese o modificación de la medida.

En los casos de las medidas de seguridad ambulatorias, es el Programa de Atención en Comunidad del Instituto de Criminología el encargado de brindar informes técnicos cada seis meses (artículo 487 del Código Procesal Penal), para decidir sobre su continuidad, modificación o cese; pero en caso de que se reporte que la persona no ha seguido el tratamiento o se encuentra descompensada de su enfermedad mental, el Juzgado de Ejecución puede ordenar el internamiento en CAPEMCOL para realizar una valoración a fin de determinar su condición mental y recomendaciones en el caso concreto, si los especialistas de dicho centro, determinan que lo procedente es el egreso por encontrarse compensado y estable, se podrá mantener la medida de seguridad ambulatoria impuesta inicialmente o, dependiendo de las circunstancias, optar por su cese.



## 6. Limitaciones y retos del CAPEMCOL

El Dr. Elizondo<sup>55</sup> asegura que uno de los principales problemas que se han enfrentado es la desproporción que se dio entre lo que creció la población del centro y el diseño original previsto para una capacidad de 75 camas, para lo que a principios del año 2014 ya hay una sobrepoblación tanto de medidas cautelares como las de seguridad, lo que ha dado al traste con la posibilidad de poder ofrecer una apropiada atención. Un ejemplo claro ha sido que se cuenta únicamente con una trabajadora social para manejar en promedio 100 casos, donde la gran mayoría de los casos presentan problemas de rechazo familiar y hay que hacer una gran cantidad de abordajes a las familias o contactar con instituciones para generar redes de apoyo, es demasiado el trabajo para solamente un profesional.

Los programas de atención especializada tanto de trabajo social, psicología y psiquiatría se han visto limitadas por la gran demanda, por otro lado procesos como los de rehabilitación y de terapia ocupacional son difíciles de llevar a cabo en grupos de trabajo tan grandes como los que existen hoy por hoy en CAPEMCOL.

Cada vez es más urgente la necesidad de crear en Centro de Atención Alternativo tal y como había sido proyectado.

Pero también se vuelve más tangible la necesidad de orientar y educar a los administradores de justicia en temas de salud mental, pues tal como afirma la Licda. Hernández:<sup>56</sup>

*“El sistema jurídico de Costa Rica no ha tenido un adecuado manejo de las personas con enfermedad mental, y se ha dado una gran confusión respecto a las competencias del manejo de personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, y hasta dónde le compete al juez y al sistema judicial determinar el control terapéutico, generando un abuso de las medidas de seguridad que se dictan sin valorar apropiadamente el objetivo para las que fueron creadas.”*

La abogada fue muy insistente en la necesidad de que los especialistas en el campo de la salud mental puedan acceder a los abogados mediante capacitaciones que puede ir desde una adecuada formación de pregrado, y luego talleres; éste es un problema que se puede solventar con facilidad pero requiere tiempo.

Uno de los principales problemas que enfrenta el pabellón CAPEMCOL son los problemas de tipo social, el Dr. Hernández jefe de hospitalización, el Dr. Elizondo jefe de CAPEMCOL, la Licda. Hernández asesora legal de CAPEMCOL, el juez de ejecución de San José Roy Murillo, el coordinador del Mecanismo contra la Tortura Roger Víquez y hasta el Magistrado José Manuel Arroyo han sido muy enfáticos en señalar el problema de la poca atención a programas sociales por parte del Estado, como el principal de los problemas. Las personas con enfermedad mental

---

<sup>55</sup> Entrevista realizada el 18 de marzo del 2014.

<sup>56</sup> Alcyra Hernández asesora legal de CAPEMCOL, entrevista realizada el 18 de marzo del 2014.

que suelen ser procesadas por el sistema judicial, son aquellas que carecen de la contención por parte de sus familias, por lo general provienen de estratos socioeconómicos muy bajos al punto que no tienen la capacidad de acceder a la atención médica, tienen poco conocimiento del tema de salud mental y esto se refleja en el rechazo tanto por parte de las familias de los enfermos como de la misma comunidad; estas condiciones tan desfavorables suelen acompañarse de mayor exposición a consumo de bebidas alcohólicas y drogas, también a la agresión y explotación, situaciones que al final se reflejan por conductas violentas o antijurídicas por parte de estas personas que debieron ser captadas primero que nada por el sistema de salud y luego por programas de interés social que les abriera las puertas una calidad de vida mejor.

Según el juez de ejecución de la pena Roy Murillo, el sistema judicial en Costa Rica carece de la sensibilidad necesaria para lidiar con personas que presentan una discapacidad mental, ya sea por limitaciones cognitivas o por una enfermedad mental como tal, donde en una primera instancia se les dicta una medida de seguridad ambulatoria pero no se le brinda los insumos necesarios para que la persona pueda cumplirlo, no se le brinda acompañamiento ni la adecuada orientación, tampoco se apoya a la familia lo que suele provocar un rechazo por parte de ellos; todo lo que al final provoca que la persona incumpla la medida obligando al Tribunal Penal a dictar entonces una medida de seguridad de internamiento.

Los psiquiatras Elizondo y Hernández explican que los internamientos prolongados provocan que los pacientes se desliguen de la comunidad a la que pertenecen, esto conlleva a que poco a poco pierdan las habilidades sociales para vivir en comunidad, pues el encierro en un hospital psiquiátrico dista en mucho a la realidad de la comunidad, por lo que luego de un tiempo prolongado la persona con enfermedad mental se adapta adecuadamente al centro médico pero no es capaz de sobrevivir por sí mismo afuera, cuando antes del internamiento si lo hacía. Es por esta razón que ambos son enfáticos en afirmar que además de respetarse el criterio clínico de egreso por parte de las autoridades judiciales, también es urgente crear enlaces con instituciones encargadas de la atención social y que pueda entonces crear una red de apoyo para que la persona con enfermedad mental que cometió un acto ilícito, puede luego de un tiempo en que se compensó de su enfermedad regresar a su comunidad.

El Dr. Hernández afirma que tal y como lo sugiere las teorías de rehabilitación y la misma Organización Mundial para la Salud, lo ideal es llevar la salud mental a las comunidades y no sacar a los enfermos de éstas, textualmente refiere:

*“Lo que siempre hemos querido para trabajar es tener centros diurnos, centros de apoyo a las familias, centro protegidos, talleres protegidos, donde las familias tengan un apoyo, donde la persona con enfermedad mental cuente con un trabajo y que participe en la comunidad y participe en actividades que le ocupen todo el día, que tenga una vida social y que se puede relacionar con otros, servicio de apoyo a las familias y apoyo a las personas con este tipo de problemas.”*

Mientras que a su vez el Dr. Cristhian Elizondo comenta su frustración a la hora de buscar apoyo para ubicar un paciente que se encuentra con una medida de seguridad y que está desde el punto de vista psiquiátrico estable:

*“Yo pensaba que el juez así como nos obligaba a nosotros (CCSS, Hospital Nacional Psiquiátrico y CAPEMCOL) a acatar los mandatos, podía obligar a otras instituciones como el Consejo Nacional de Rehabilitación, IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia) y otras para ayudar a resolver la parte social de los casos, pero resulta que no es así, porque las demás instituciones con sólo decir que no cuentan con el presupuesto, la condiciones o la infraestructura, no cumplen con los programas y se quitan el tiro.*

*El consejo Nacional de Rehabilitación tiene dentro de su reglamento una cláusula que dice que los posibles beneficiarios a esos programas tienen que **no** ser privados de libertad, desde ahí nuestros pacientes no pueden optar a esto; son pacientes con una discapacidad psico-social y con un abandono evidenciado y son discriminados. Esto produce un círculo vicioso que mientras que el paciente esté en CAPEMCOL es un privado de libertad para que pueda egresar tiene que dársele la libertad pero si se trata de una persona en abandono cuando egreso terminaría en las calles como un indigente, si permanece en CAPEMCOL para tratar de coordinar una reubicación con el Consejo Nacional de Rehabilitación, éste no lo acepta por la cláusula donde indica que no acepta privados de libertad.”*

Contando el CAPEMCOL con tan solo una trabajadora social para hacer las coordinaciones con el resto de instituciones, que además suelen discriminar a las personas con enfermedad mental en conflicto con ley, ya sea basado en la cuestión de enfermedad mental o en el antecedente penal, hace muy difícil poder llevar a cabo un proceso completo que culmine con la posibilidad de regresar a la sociedad a un miembro activo y participativo. No obstante según comentó el Dr. Elizondo la tónica por parte de las instituciones públicas es que no cuentan con las condiciones apropiadas para el manejo de esta población y de ahí que sea la Caja Costarricense del Seguro Social como único ente encargado de brindar atención en salud el encargado de asumir el problema, que tal como se ha expuesto no se limita a ser un problemas de salud, sino que se trata más bien de una compleja interacción de factores donde los aspectos sociales tienen un gran peso.

Otro de los problemas que se ha vuelto más tangible desde la apertura del pabellón de CEPEMCOL, ha sido la gran cantidad de usuarios que suelen tener un problema de farmacodependencia ya sea con único diagnóstico o asociado a una enfermedad mental, esto ha sido un verdadero problema pues el CAPEMCOL no cuenta ni con profesionales ni la infraestructura adecuada para dar atención a una problemática tan compleja como lo son las adicciones, que en Costa Rica el ente rector en este tema es el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia que se encarga de regular programas de prevención, subvencionar programas de rehabilitación, pero sólo cuenta con un centro de rehabilitación involuntario que es de uso exclusivo para menores de edad y por lo tanto no han dado respuesta a esta problemática, sobrecargando entonces las funciones de CAPEMCOL ya de por si saturadas.

Y por último uno de los principales problemas con que se enfrenta CAPEMCOL y que se ha hecho un gran esfuerzo en resolver, se trata de las medidas de seguridad curativas con plazos indeterminados, pues esta medida parece estar basada en una cuestión de prevención especial asumiendo que la persona con enfermedad mental es peligrosa y que su condición es incurable por lo que su peligrosidad es indeterminada, cuando en muchos de los casos los delitos cometidos son poco graves y la pena equivalente sería a unos pocos años, la persona con enfermedad mental se expone a pasar el resto de su vida en una institución psiquiátrica, situación que no es infrecuente tal como lo demostró la Licda. María del Mar Desanti<sup>57</sup> que realizó un estudio donde encontró que previo a la construcción de CAPEMCOL aproximadamente el 50% de las medidas de seguridad eran indeterminadas esto independientemente del delito por el que fueron procesados. Según el Magistrado Arroyo<sup>58</sup> en una reforma al código se cambió los períodos de revaloración de las medidas de dos años a cada seis meses, buscando así tener un mejor control y evitar que las medidas de seguridad se alarguen sin una razón clara, no obstante todavía no se ha logrado que las autoridades judiciales acojan por completo las recomendaciones técnicas del equipo de tratantes de CAPEMCOL, aunque la comunicación con los jueces de ejecución de la pena en cuanto a medidas de seguridad es mucho mejor, que lo que sucede con los Tribunales en los casos de medidas cautelares.

---

<sup>57</sup> En su tesis de graduación del 2010, *La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica.*

<sup>58</sup> Entrevista realizada el 25 de marzo del 2014.

## **B. Análisis del proyecto parlamentario de Ley N°18.867 sobre la ley de servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena.**

Entre los distintos puntos del proyecto de Ley N° 18.867 que busca actualizar el tema de servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena, incluye el tema que nos compete respecto a una propuesta para el manejo de las personas con enfermedad mental que son procesadas por el sistema judicial.

El día 22 de julio del año 2013 el doctor en Derecho Penal Roy Murillo, quien actualmente es el juez executor de la pena de San José, presenta a consideración el texto que nace como producto del criterio y análisis de las distintas instituciones participantes: Ministerio Público, Defensa Pública, Jueces de Ejecución, el documento textualmente dice así:

*“Se ha encomendado por su autoridad la elaboración de un texto sustitutivo para el proyecto de Ley de Ejecución Penal, expediente N° 16.789.*

*Del análisis de la propuesta a sustituir y las necesidades de una ley que regule el cumplimiento de las penas concluimos que la necesidad de una ley que regule la forma y modo del cumplimiento de las penas hace exigible no solo una Ley de Ejecución sino también una Ley Penitenciaria, considerando sobremanera que en el cumplimiento de las sanciones se da una intervención de autoridades judiciales y administrativas.*

*Iniciamos entonces un trabajo de coordinación interinstitucional convocando a los actores directamente relacionados con la materia: jueces, fiscales, defensores, funcionarios penitenciarios y funcionarios del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, invitándose a todos a presentar propuestas, necesidades y observaciones sobre la base de un texto que desde marzo del 2012 venían elaborando funcionarios penitenciarios encomendados por la Dirección General de Adaptación Social, apoyados por el entonces Vice Ministro de Justicia y Paz y Director General, Master Eugenio Polanco. Valga señalar que el referido texto fue objeto de algunas modificaciones meramente formales y sólo se le anexó un capítulo sobre procedimientos de ejecución penal.*

*El 15 de marzo del 2013 realizamos un Taller Nacional para la presentación y análisis del documento base –incorporados ya muchos de los requerimientos de las diferentes institucionales- y nuevamente se brindó a los actores un mes de tiempo para hacer sus observaciones y críticas, mismas que fueron presentadas oportunamente por todos excepto por los representantes del Sistema Nacional Penitenciario, toda vez que los jerarcas -en ese momento- manifiestan que sus tiempos no coinciden con los de la Comisión Interinstitucional y en consecuencia a pesar de haberse comprometido públicamente a participar y colaborar finalmente no procedieron.*

*Al margen de la posición del Ministerio de Justicia y Paz, el resto de colaboradores seguimos con la responsabilidad encomendada y sobre las nuevas observaciones presentadas se procedió a ajustar el texto acogiéndose todos los requerimientos técnicamente avalados.*

*La iniciativa procura una ley que regule el cumplimiento de las penas con la mayor objetividad, que asegure la vigencia del principio de legalidad o garantía ejecutiva y el control de todas las decisiones trascendentes, garantizando el cumplimiento de las sanciones en el marco de respeto de los derechos fundamentales de la población penal, conforme las exigencias de un Estado constitucional.*

*No se presenta una propuesta transformadora del Sistema Penitenciario Nacional actual toda vez que la limitación de tiempo y la resistencia y falta de espacios institucionales dentro del Ministerio de Justicia y Paz imposibilitan ese objetivo. En todo caso, no se considera esa una necesidad urgente toda vez que se cuenta con una estructura y organización administrativa que es importante rescatar, aunado a una normativa de rango meramente reglamentario que sí se hace necesario unificar y condensar para darle coherencia y rango legal, subsanando sí sus disfunciones y procurando la promoción de una política penitenciaria de género, la adecuada atención de toda la población y la especial atención de sus sectores más vulnerables –mujeres, jóvenes adultos, adultos mayores, discapacitados, etc.- así como la ampliación de las vías de acceso a la justicia y el fortalecimiento de la intervención del Ministerio Público y de la víctima en la fase de ejecución. Se pretende además dar cumplimiento a las obligaciones de Derecho Internacional de nuestro Estado con las exigencias de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos; las Reglas para el tratamiento de las Reclusas y medidas no privativas de libertad para mujeres delincuentes –Reglas de Bangkok- y las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad.*

*Se ha identificado las debilidades más importantes que afectan el Sistema Penitenciario Nacional (falta de criterios de clasificación, omisión de responsabilidad de otras agencias estatales, atención insuficiente para personas con problemas de drogodependencia y el hacinamiento carcelario) y se procura desde el texto legal soluciones específicas y eficaces para enfrentar las mismas y asegurar el cumplimiento de las sanciones garantizando la atención de las necesidades de la población penal y condiciones respetuosas de la dignidad humana.*

*El hacinamiento carcelario es el principal problema del Sistema Penitenciario Nacional y esa situación afecta todas sus funciones (atención técnica, seguridad, salud, convivencia, etc.), deslegitima el ejercicio estatal de la actividad punitiva pues atropella los más elementales derechos humanos de la población penal y pone en riesgo el control y el*

*orden de nuestras prisiones. Hasta ahora los mecanismos nacionales de control no han tenido la capacidad de asegurar una solución a esa situación y nos enfrentamos a una eventual responsabilidad de derecho internacional por lo que se considera oportuno y necesario por todos los actores intervinientes en el proceso de elaboración de esta propuesta –jueces, defensores, fiscales y administradores- la intervención directa y responsable del legislador diseñando mecanismos imperativos que sin generar impunidad permitan resolver en definitiva el problema y asegurar el efectivo respeto de los límites del poder del castigo en un Estado de Derecho –el legislador debe asegurar que las cárceles se sometan al Derecho y nunca el Derecho ajustarse a la realidad de las prisiones-.*

*Una política estatal de seguridad ciudadana no es efectiva si se limita al mero encierro de las y los infractores. Se requiere asegurar condiciones mínimas necesarias así como la atención profesional de esa población, comprendiendo que nuestros presos y presas no son ciudadanos de segunda categoría y que la autoridad estatal tiene en la materia obligaciones específicas que atender.*

*Cárceles seguras y respetuosas de la dignidad y los derechos fundamentales no son una garantía solamente para las personas privadas de libertad sino para toda la ciudadanía pues cualquier puede caer en las prisiones, incluso siendo inocente<sup>59</sup>”.*

Según esta reforma a la ley se entiende que la finalidad de la ejecución de la pena es:

*“La finalidad de la ejecución de las penas es asegurar su cumplimiento y procurar la inclusión de la persona a su comunidad a través de los procesos de atención profesional, dirigidos a brindarle insumos para el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan mejorar su autopercepción y ser capaz de incorporar un plan de vida sin delinquir.*

*Se procurará limitar la institucionalización a los casos necesarios y promover las posibilidades de inclusión anticipada al medio comunitario. Todas las instituciones estatales y organismos públicos responsables de prestaciones sociales, en coordinación con la Dirección General de Adaptación Social, deben atender con especial atención e interés las demandas y necesidades de la población penal.”<sup>60</sup> (Artículo 5 del proyecto de ley penitenciaria).*

En cuanto al tema que nos compete, o sea el de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, este enfoque cuenta con una óptica ideal; retomando que el objetivo del sistema

---

<sup>59</sup>,<sup>2</sup> Parte del texto original de la introducción al proyecto de Ley 18.867 sobre ley penitenciaria, presentado en la Asamblea Legislativa en agosto del 2013, se encuentra en los anexos.

judicial en lo que incumbe a este tipo de personas que se encuentran en conflicto con la ley, siempre debe ser el de reintegrar a este sujeto a su comunidad como una persona activa y productiva, y donde su discapacidad mental (ya sea por enfermedad o deficiencia) no lo ubique en una posición desventajosa respecto al resto de ciudadanos, y donde se encuentre en condición de ejercer plenamente sus derechos.

La necesidad de coordinar con las instituciones estatales y organismos públicos encargados de la prestación de servicios sociales, adquiere una importancia mayor cuando de personas con discapacidad mental y física se trata. Las personas con discapacidad mental requieren de ayuda para obtener su autonomía, en especial cuando han sido institucionalizados. En el caso particular de personas con enfermedad mental que se han visto sometidos a una medida de seguridad de internamiento por tiempo prolongado, pierden habilidades sociales necesarias para vivir en comunidad, el poder realizar un proceso de adaptación con el apoyo de instituciones y la misma comunidad es vital. La persona con enfermedad mental que egresa de un hospital psiquiátrico luego de varios meses o años de internamiento por una medida de seguridad, requiere una atención médica especializada, que además debe de ser accesible y acorde a sus necesidades particulares, debe contar con la posibilidad de trabajo adecuadamente remunerado o si no cuenta con las condiciones necesarias para laborar se tramite una pensión que le permita vivir con dignidad, se debe asegurar a estas personas la posibilidad de vivienda digna, de capacitación; es básico que el gobierno local conozca de la existencia y necesidades en general de las personas con discapacidad mental que viven en su territorio y que promueva dentro de la comunidad actividades y programas de integración.

Esta ley obliga a brindar informes por parte de las instituciones encargadas de las políticas de bienestar social y todas las relacionadas con la atención de los privados de libertad; tales informes deben ser anuales y presentados ante la Defensoría de los Habitantes, refiriéndose a las contribuciones y proyecciones para la atención de la población penal, de esta forma se plantea un mecanismo de seguimiento de los proyectos y además se compromete a las instituciones a tener un papel más proactivo.



## 1. Reforma para el manejo de las drogodependencias

Según este mismo proyecto de ley es el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) los señalados a brindar la atención de los problemas asociados a adicción y consumo de alcohol y drogas:

*“El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Alcoholismo y Drogodependencia deberán asegurar la atención de la drogodependencia en todo el Servicio Penitenciario Nacional, en coordinación con la Dirección General de Adaptación Social, asegurar una clínica de desintoxicación dentro del programa institucional para población masculina y femenina y desarrollar programas de atención y rehabilitación en todos los espacios del Servicio Penitenciario Nacional.”<sup>61</sup>*

Respecto a este tema, el coordinador del Mecanismo contra la Tortura de Costa Rica el abogado Dr. Roger Víquez<sup>62</sup> comenta que la problemática de los centros penales respecto al manejo del consumo de drogas es muy serio, debido a que no se ha dispuesto de un mecanismo eficiente para el tratamiento de las adicciones, ni tampoco en los procesos de mayor cuidado como una desintoxicación aguda, explica que a lo largo de su trabajo de inspección de centros penales se evidencia el consumo de drogas, e incluso afirma que en casos severos de desintoxicación donde el sujeto se encuentra muy agitado, son los mismos reos y hasta custodios que facilitan el consumo de la droga para evitar los problemas de convivencia que suscita una situación de estas.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) debe retomar su papel más allá de rector en programas de atención sobre drogas, sino también en brindar atención y capacitación tanto a la institución penitenciaria, pero ahora también en CAPEMCOL. Tal como se mencionó en el capítulo anterior, uno de los principales retos que enfrenta el CAPEMCOL es el manejo de la farmacodependencia, pues como institución no cuenta con los programas, la capacitación, ni la infraestructura para el manejo de la drogodependencias que representan un alto porcentaje de la población atendida. Debe ser el IAFA quien asuma programas de rehabilitación en el tema específico de las adicciones, y no el CAPEMCOL, que debe enfocarse en atender y estabilizar las enfermedades mentales, pero cuando éstas se asocian al consumo de drogas, debe ser IAFA quien brinde apoyo en rehabilitación una vez que la enfermedad mental haya sido compensada.

Desde el punto de vista clínico, se conoce como Patología Dual cuando coexiste un problema de enfermedad mental y farmacodependencia, el que ambas condiciones se asocian supone un serio problema clínico, debido a que el consumo de sustancias afecta la manifestación sintomática de la enfermedad mental, por lo general empeorando los síntomas de manera que se suele asociar mayor agitación y agresividad, es más frecuentes la indigencia asociado a conductas adaptativas de tipo sociopáticas que permiten la supervivencia de estas personas en las calles, pero que dificulta su integración a la comunidad; manifestaciones sintomáticas atípicas que suelen asociar

---

<sup>61</sup> Proyecto de ley 18.867, anexo.

<sup>62</sup> Entrevista realizada el 31 de marzo del 2014.

alteraciones del humor (trastornos afectivos) lo que puede dificultar el diagnóstico, también suelen producirse menor respuesta a los tratamientos farmacológicos tradicionales, y está la compulsión de consumir la droga asociado con los cuadros propios de los síndromes de abstinencia que sumado a una enfermedad mental genera un cuadro más aparatoso. Todo lo anterior hace necesario la intervención especializada en la atención al problema de las adicciones, tanto en las personas que tienen una enfermedad mental como las que no. Los artículos del Código Penal que competen al tema de la farmacodependencia son:

**“Artículo 50.-** *Las penas que este Código establece son:*

- 1) *Principales: prisión, extrañamiento, multa, inhabilitación y la prestación de servicios de utilidad pública.*
- 2) *Accesorias: inhabilitación especial.*
- 3) *Penas alternativas: prestación de servicios de utilidad pública, la multa y el internamiento para el Tratamiento en Drogas con Supervisión.”*

No obstante el proyecto sugiere una reforma para el artículo 58 bis de modo que quede así:

**“Artículo 58 bis: Internamiento para el Tratamiento en Drogas bajo Supervisión:**  
*La sanción de internamiento para el Tratamiento en Drogas con Supervisión consiste en la incorporación de la persona sancionada al Programa de Tratamiento de Drogas para la atención biopsicosocial de adicciones a sustancias psicoactivas, bajo el aval y diagnóstico de tratamiento del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia en coordinación con el Instituto Costarricense de Drogas, el Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial y el seguimiento del Programa de Atención en Comunidad del Ministerio de Justicia y Paz. La sanción podrá imponerse por el tribunal de sentencia de manera fundada, como pena alternativa a la privación de libertad, en los casos en que ésta no exceda de los cinco años y la persona brinde su consentimiento expreso, se acredite el aval del Programa correspondiente y el hecho o hechos delictivos estén relacionados directamente con una situación personal de drogodependencia o síndrome de abstinencia. El programa nunca podrá exceder del plazo de la pena principal y en caso que oportunamente y por recomendación del mismo responsable de programa, se autorice el no internamiento, la persona seguirá sujeta a los respectivos controles hasta el vencimiento del plazo original. En caso de incumplimiento del programa de tratamiento en drogas, la autoridad judicial ordenará el cumplimiento de la pena principal sin que aplique a la misma el periodo de tiempo durante la pena alternativa”.*

## 2. Reformas en torno al manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley y las medidas de seguridad

### a) *Obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social como encargado de la atención universal de la Salud en Costa Rica*

Es la obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como ente encargado de la atención universal de la salud en Costa Rica, a dedicarse a la atención requerida por las personas con cualquier tiempo de enfermedad, pero principalmente en lo que respecta a la atención de la enfermedad mental.

*“La Caja Costarricense de Seguro Social, en coordinación con la referida Dirección, deberá asegurar la atención médica de la población penal y el funcionamiento de al menos un Hospital Nacional Penitenciario para la atención de la población penal dentro del Programa de Atención Institucional”<sup>63</sup>.*

El brindar atención en salud en centros penales por parte de los equipos de atención supone un reto, los funcionarios de la CCSS que laboran con esta población deben recibir capacitación y sensibilización sobre el trato especializado que requiere estas personas. Debe evitarse al máximo el traslado a centros hospitalarios generales debido a lo engorroso que se torna el manejo de personas privadas de libertad, por muchas razones: el riesgo de fuga, la necesidad de custodia, entre otros.

Las personas privadas de libertad en centros penales, requieren de desarrollar mecanismos de conducta que les permite sobrevivir en ese medio, de ahí que tienden a ser violentos, demandantes, impacientes, poco tolerantes a la frustración, e hipersensibles a la humillación; estas conductas son una limitante cuando el privado de libertad debe interactuar en un ambiente distinto al de la prisión, como un hospital general o incluso cuando regresan a sus comunidades; este tipo de conductas suele generar rechazo, es lo que con frecuencia sucede cuando el personal de salud de un hospital general no acostumbrado a lidiar con esta población debe hacerlo, generando un menoscabo en los derechos fundamentales del acceso a la salud de los privados de libertad. Fortalecer los servicios de atención en los centros penales, dotándolos de equipos médicos y especialistas, disminuye la necesidad de realizar traslados de privados de libertad a hospitales y clínicas generales.

Ha sido reiterado por la Sala Constituciones en las resoluciones N° 2009-10383, 2010-12189 y 2010-17720, de la obligación de la CCSS de construir un Centro Alternativo para el manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, esto no ha sido acatado todavía. El

---

<sup>63</sup> Proyecto de ley 18.867, anexo.

pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico CAPEMCOL, es una solución parcial y temporal que ha alcanzado su capacidad máxima de resolución, no obstante su apertura a permitido evidenciar una necesidad de contar con una unidad programática independiente con suficiente capacidad para atender a las necesidades del país en este tema.

### ***b) Medidas de seguridad***

Las medidas de seguridad es sin duda una de las principales reformas que se debe hacer al Código Penal y este planteamiento es un gran avance en tema de respeto a los derechos de las personas con discapacidad mental, resaltando el verdadero objetivo que debe perseguir una medida de seguridad que es el de la rehabilitación biopsicosocial que permita la incorporación de la persona que padeciendo de una enfermedad mental ha cometido un delito y que se busca pueda regresar a su comunidad con una conducta adaptada.

También buscar normar respecto a la necesidad de orientación y apoyo que debe recibir la persona a la que se la ha impuesto una medida de seguridad en especial de tipo ambulatoria, en la figura del curador.

Otro avance que propone, es separar el tratamiento de las personas estrictamente con enfermedad mental en un centro psiquiátrico de aquellos que deben ser internados en un lugar especial para el manejo de drogodependencias a cargo del IAFA y el Ministerio de Salud.

Uno de los puntos que regular esta nueva ley y se considera primordial es, sentar la responsabilidad en el Consejo Nacional de Rehabilitación de incorporar a las personas con discapacidad (mental y física) a programas dentro de la comunidad, permitiendo la reubicación en casos de rechazo familiar o pobres redes de apoyo, esto llega a solucionar uno de los principales obstáculos que ha enfrentado el CAPEMCOL para permitir el egreso de personas con medidas de seguridad que han logrado rehabilitar su problema de salud pero que requiere de la atención social para su completa y adecuada integración a la sociedad.

A continuación la propuesta de reforma del Código Penal:

#### ***“Artículo 97.- Principio de legalidad***

*Las medidas de seguridad se podrán imponer únicamente por la autoridad judicial penal competente y conforme lo establecido por la ley. Su finalidad es asegurar la atención médica y el tratamiento de la persona para procurarle su auto control y el mayor grado de autonomía personal a través de un proceso de rehabilitación biopsicosocial que facilite su incorporación en comunidad sin conflicto con la ley.*

*El juez o tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad.*

*Para personas con medida de seguridad por razón de drogodependencia o alcoholismo el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia y el Ministerio de Salud, deberán desarrollar programas especiales de atención.*

*El Consejo Nacional de Rehabilitación y de Educación Especial desarrollará programas para la incorporación a la comunidad de personas con medida de seguridad sin apoyo familiar.”<sup>64</sup>*

También la reforma a los artículos subsiguientes, mantienen una visión progresista y respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad que son procesadas a través del sistema judicial, pero donde el objetivo es rehabilitar y no la búsqueda de la retribución que no tiene cabida para quien es visto desde la doctrina del derecho como incapaz de ser culpable y por tanto inimputable.

**“Artículo 98.- Ámbito de aplicación.** *Las medidas de seguridad se aplicarán por el tribunal competente, previo dictamen médico psiquiátrico forense o informe del equipo interdisciplinario del Centro de Atención a las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, a la persona con capacidades mentales superiores disminuidas o abolidas, que al momento de los hechos se le haya impedido comprender la prohibición de la conducta, siempre que:*

**1ª.** *Se haya cometido un hecho ilícito penal calificado como delito.*

**2ª.** *Que del hecho y de las circunstancias personales pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevo ilícito penal.*

*Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el ilícito cometido no fuera privativa de libertad, solo podrá acordarse una medida de seguridad no privativa de libertad.*

*Los casos de incapacidad disminuida significativa que no anula la capacidad de comprensión ni el autocontrol, podrán sancionarse según las circunstancias del caso, disminuyéndose facultativamente la pena hasta en la mitad del mínimo legal del delito cometido.*

*La inimputabilidad o incapacidad disminuida no anula la responsabilidad civil y existe responsabilidad solidaria de los padres o responsables que hayan podido evitar el daño o hayan descuidado sus deberes de guarda.”<sup>65</sup>*

---

<sup>64,7</sup> Proyecto de ley 18.867, anexo.

Esta reforma incorpora el principio de proporcionalidad que aunque es propio de la pena, debe también seguirse en un sentido coherente a la hora de imponer una medida de seguridad. Además obliga a asumir la responsabilidad civil de forma solidaria por aquellos responsables de la personas con discapacidad mental.

Se agrega en el siguiente artículo sugerido como reforma al Código Penal, el tema de límite temporal de las medidas de seguridad, lo que ha sido una tema extensivamente tratado en los capítulos anteriores de la presente investigación, y donde se ha plasmado los perjuicios que conlleva las medidas de seguridad de internamiento indeterminadas o de tiempos exageradamente prolongados, que terminan por dar al traste con la posibilidad de rehabilitación biopsicosocial.

***“Artículo 99.- Límite temporal.*** *La medida de seguridad no podrá exceder del plazo máximo legal con que se sanciona el ilícito penal cometido, y al efecto el juez penal o tribunal fijará en la sentencia un límite temporal.*

*Tratándose de la medida de seguridad de internamiento, cesada la misma por la autoridad judicial, en caso de que la autoridad del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, considere que es necesario continuar con el internamiento remitirá a la persona al Hospital Nacional Psiquiátrico, donde se le valorará y determinará su ubicación conforme criterio médico y los procedimientos legales correspondientes. Los casos de cese en que la persona no cuenta con recurso externo, se remitirá al Consejo Nacional de Rehabilitación a efecto de que se incorpore a sus programas de rehabilitación y reinserción a la comunidad.”<sup>66</sup>*

El siguiente artículo sugerido de reforma al Código Penal, es respecto a los tipos de medidas, que si bien, cuenta con una orientación apropiada, al día de hoy no se han creado los centros que se mencionan como para cumplir medidas de seguridad de internamiento; no existe un Centro Alternativo de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley distinto al del Hospital Nacional Psiquiátrico, ni tampoco cuenta el IAFA con centros apropiados para tratar la rehabilitación del consumo de drogas que puedan ser empleados como centros de internamiento para cumplir medidas de seguridad, pues los centros que cuenta por lo general son administrados por organizaciones no gubernamentales y privadas, imponen de requisito para el ingreso la voluntariedad.

***“Artículo 100.- Tipos de medidas***

*La medida de seguridad, según las circunstancias del caso y necesidad de la persona, podrá ser de internamiento o de atención externa.*

---

<sup>66</sup> Proyecto de ley 18.867, anexo.

**a)** *Medidas de seguridad de internamiento:*

- *El internamiento en el Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.*
- *El internamiento en centros del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia, de deshabitación y rehabilitación de patologías relacionadas con el consumo de alcohol o drogas.*

**b)** *Medidas de seguridad de atención externa:*

- *Atención y tratamiento en consulta externa bajo libertad vigilada.*
- *Obligación de mantener un domicilio determinado..*
- *La prohibición de conducir vehículos.*
- *La prohibición de portar armas.*
- *La inhabilitación profesional.*
- *La incorporación a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.<sup>67</sup>*

El pabellón CAPEMCOL perteneciente administrativamente al Hospital Nacional Psiquiátrico, pero que se encuentra fuera de los confines estructurales de ese hospital; no reúne las condiciones necesarias para albergar a poblaciones tales como las mujeres, los menores de edad ni los adultos mayores; desde este punto de vista estas poblaciones siguen sin contar con un lugar apropiado para su atención especializada, por lo que son tratadas dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico, en total desacato a las resoluciones de la Sala Constitucional que obliga a la inmediata separación de las poblaciones.

El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia tiene un centro de internamiento involuntario que es exclusivo para menores de edad, regenta centros no gubernamentales para el tratamiento voluntario de rehabilitación de las adicciones, pero estos lugares cuentan con espacios y personal limitados y una infraestructura que no reúne las condiciones para atender a una población que se le interne por orden judicial tras haber cometido actos delictivos, pero que presenten una adicción al alcohol o drogas.

Este proyecto de reforma de ley debe ir de la mano con los proyectos que permitan su implementación, de lo contrario no se estará resolviendo nada.

Aunque es necesario regular mediante una ley penitenciara el adecuado seguimiento de las medidas de seguridad, por si sola la ley no es suficiente y debe ser dotada de los recursos económicos, de personal capacitado e infraestructura necesarios para su cumplimiento.

En cuanto al control y seguimiento de las medidas de seguridad, esta reforma del Código Penal propone para el artículo 102 lo siguiente:

---

<sup>67</sup> Proyecto de ley 18.867, anexado.

**“Artículo 102.- Revisión y modificación de la medida de seguridad**

*Durante la ejecución de la sentencia que impone una medida de seguridad, previo informe remitido de oficio por la autoridad responsable, el juez de ejecución de la pena se pronunciará cada seis meses y podrá:*

- a) Mantener su ejecución.*
- b) Decretar el cese por cumplimiento del tratamiento y alta médica,*
- c) Sustitución por otra u otras medidas menos gravosas. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se podrá dejar sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida, respetándose el límite temporal de la misma.*
- d) Sustituir la medida de seguridad de atención externa por una medida de seguridad de internamiento, cuando la persona no se haya sometido al tratamiento médico y se determine la necesidad urgente de atención médica.*

*En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad de internamiento, el Tribunal Penal o el juez de ejecución de la pena, ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará al de la pena. Una vez cesada la medida de seguridad, el juez de ejecución podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquella, autorizar el cumplimiento de la pena bajo el Programa de Atención Semi Institucional.*

*Tratándose de medidas de seguridad de internamiento el informe será rendido por el equipo interdisciplinario del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Este equipo está conformado por los servicios de Psiquiatría, Medicina General, Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Psicología Clínica y Derecho.*

*El informe de medidas de seguridad de atención externa, será rendido por la Oficina del Nivel de Atención en Comunidad correspondiente.”<sup>68</sup>*

Las medidas de seguridad curativas en un hospital psiquiátrico resultan la única opción en muchos casos, pero no debe ser la norma, el Estado debe facilitar a las personas con enfermedad mental que han cometido algún delito a causa de su condición, la posibilidad de recibir atención en su propia comunidad, que además se puedan hacer las coordinaciones con las instituciones prestadoras de servicios sociales para una mejor integración a la sociedad de este tipo de personas. La segregación no puede ser considerada como la primera opción, debe limitarse para

---

<sup>68</sup> Proyecto de ley 18.867, anexo.



los casos severos en que se amerite un internamiento prolongado a fin de estabilizar y rehabilitar a la persona enferma mental, porque las investigaciones han demostrado lo perjudicial que resulta institucionalizar a una persona y que después se le pretenda reintegrarla a su comunidad. No se debe perder de vista que el objetivo máximo que persigue esta ley y el sentido mismo de una medida de seguridad es la inclusión de la persona a la comunidad.

En lo que respecta a normar la revisión a cada seis meses, esto se aplica más a un criterio técnico-psiquiátrico que a una simple normativa judicial, tal y como se mencionaba en el capítulo dos los internamientos por criterio médico-psiquiátrico en el Hospital Nacional Psiquiátrico tienen en promedio una estancia de aproximadamente un mes, plazo en el que se llevan a cabo la evaluación, el diagnóstico, tratamiento e intervenciones psicosociales; partiendo de este criterio y considerando que una persona se le ha dictado una medida de seguridad debido a que cometió un ilícito, que es un claro síntoma de desadaptación social, lógicamente requiere mayor atención e intervención psiquiátrica que una persona que ingresa el hospital por simple descompensación de su enfermedad mental, y que revalorar el caso de forma individual en plazos de seis meses teniendo en consideración el criterio técnico-psiquiátrico supone un adecuado manejo de esta problemática, manteniendo el objetivo principal de devolver este sujeto a su comunidad con una conducta adaptada que le permita una participación activa.

### *c) La figura del curador, en los procesos penales de personas enajenadas mentales*

Una persona con enfermedad mental, tiene una discapacidad y de ahí que requiere un trato preferencial, de modo que su condición no sea una desventaja al integrarse activamente a la sociedad, es un derecho humano que Costa Rica ha reconocido y por tanto está obligada a cumplir con lo indispensable<sup>69</sup>.

Una persona dependiendo de su enfermedad mental tiene la capacidad de comprender de manera parcial o total un proceso legal, pero en su gran mayoría cuando se trata de inimputables no hay comprensión alguna del proceso, en todos estos casos se hace necesario la figura de un curador que vele por las necesidades del sujeto en cuestión a la hora de imponerle una medida de seguridad, respecto a este tema el Dr. Roy Murillo expuso que es necesario generar sensibilidad por parte del sistema judicial, para no limitarse a dictar medidas de seguridad, sino de asegurarse que el sujeto y su familia cuente con el apoyo, orientación y los insumos necesarios para cumplirla, pues de lo contrario terminará en una medida de internamiento que trae consecuencia de privación de la libertad, es así como se propone en el siguiente artículo:

**“Artículo 101.- Nombramiento de custodio o responsable de acompañamiento:**  
*Cuando se imponga una medida de seguridad el Tribunal de Juicio deberá nombrar un*

---

<sup>69</sup> ONU. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*.

*custodio o responsable de acompañamiento de la persona -preferiblemente un familiar cercano- y a ambos se informará de la finalidad de las medidas y obligaciones, así como de las consecuencias en caso de no cumplimiento. El custodio deberá señalar lugar o medio para recibir notificaciones en la etapa de ejecución o cumplimiento de la medida. Todo tratamiento coactivo deberá ser comunicado a esa persona responsable, quien podrá gestionar ante el juez de ejecución de la pena competente en caso de disconformidad. El custodio será nombrado preferiblemente a instancia de la propia persona y de no existir quien cumpla esa función se nombrará al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.”*

La propuesta de un custodio es un gran avance en este tema, pues así se asegura que la persona con discapacidad mental a la que se le ha impuesto una medida de seguridad, por lo general de tipo ambulatoria la pueda cumplir satisfactoriamente, pues siempre se debe mantener a la vista que el objetivo es ayudar a la persona que ha cometido un ilícito a causa de un trastorno o insuficiencia mental a superar esta condición de modo tal que pueda adaptarse de forma saludable a las normas sociales establecidas y así continuar siendo un miembro activo y productivo de la sociedad.

### **3. Observaciones generales sobre el proyecto de ley de servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena.**

La óptica del presente proyecto es de vanguardia y de respeto a los derechos humanos y de las personas con discapacidad, demuestra por un lado una gran sensibilidad por la problemática particular que enfrenta la población enferma mental y echa mano a una gran cantidad de recursos de modo tal que la discapacidad no se traduzca en una desventaja ante la ley y la sociedad: propone la creación de la figura de curador, obliga al involucramiento de instituciones de orden social tal como el Ministerio de Salud, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el Consejo Nacional de Rehabilitación, por otro lado resalta que cuando un sujeto ha sido considerado inimputable esto no le exime de la responsabilidad civil que debe asumir de forma solidaria junto a aquellas personas encargados de su cuidado.

Uno de los principales avances, es el tema de la proporcionalidad de las medidas de seguridad de internamiento, teniendo en consideración aspectos individuales a cada caso, la recomendación de los profesionales en psiquiatría del Departamento de Medicina Legal y de CAPEMCOL, y sin perder de vista la relación con el hecho delictivo y donde se sugiere que una medida de seguridad no debería sobrepasar el plazo máximo legal con el que se podría sancionar el hecho.

Si bien, el proyecto de ley resalta la necesidad de brindar una atención especializada a las personas que tiene problemas específicos de farmacodependencia y da la posibilidad de crear centros de atención especializada en las penitenciarías, al tiempo que establece la posibilidad de medida de seguridad de internamiento en un centro especializado en el tratamiento de farmacodependencia, la realidad es que estos centros no existen, por lo que el proyecto debe de ir de la mano con aquel que proponga la creación de tales centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia.

Al igual que con los centros de atención a adicciones, es necesario crear de una vez por todas un Centro Alternativo de atención para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley que reúna las características administrativas, de infraestructura, personal y financiero necesario para brindar una adecuada atención a esta población, donde deber prevalecer el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad y donde de ningún modo se debe perseguir un objetivo retributivo o de segregación, todo lo contrario debe buscar la rehabilitación social de la personas con enfermedad mental con miras a una integración activa a su comunidad.

### C. Propuestas para optimizar el manejo del enfermo mental en conflicto con la ley, desde la perspectiva de Derechos Humanos.

En la entrevista realizada al Magistrado José Manuel Arroyo<sup>70</sup>, éste afirma que:

*“Con problemas tan serios como éste, que creada la solución se visualizan otras necesidades o contradicciones secundarias que antes no eran evidentes pero ahora emergen como problemas”.*

Es así como la solución parcial y temporal de crear un pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico encargado de atender a la población con enfermedad mental en conflicto con la ley (y con la excepción de mujeres, menores de edad y adultos mayores), llegó a solucionar parte del problema, al final de se trata de la evolución y el perfeccionamiento de una idea, un constante cambio para enfrentar los nuevos retos.

En el campo de los derechos humanos, se han dado grandes avances conceptuales, la visión de la discapacidad desde la perspectiva de la obligación estatal para ofrecer a las personas de todos los insumos necesarios para disminuir al máximo las limitaciones y para que se puedan convertir en ciudadanos activos y participativos, ha sido un gran progreso, ya no es aquella visión de “pobrecito” sino, de qué manera ésta persona con una discapacidad puede reducir la brecha producida por su condición.

Es así como la visión de las personas con enfermedad mental ha pasado de la perspectiva jurídica, de una tutelar a una de respeto de sus derechos y de velar por que cuenten con las condiciones necesarias para funcionar apropiadamente en la comunidad que les acoge.

Las opciones terapéuticas para las personas con distintas enfermedades o discapacidades mentales han aumentado enormemente en las últimas décadas, ofreciendo una mejor calidad de vida. La visión de la salud mental al igual que la jurídica ha dejado de ser la del encierro y tutela, para la de no solo ofrecer un tratamiento, sino la de rehabilitar a la persona con discapacidad mental en su comunidad, tal como lo afirma el Dr. Álvaro Hernández<sup>71</sup> director de servicios médicos y de rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico quien afirma que la intención siempre ha sido llevar la atención psiquiátrica a las comunidades, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud respecto al manejo de las enfermedades mentales y lo suscrito por el Estado costarricense en la Declaración de Caracas<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup> Entrevista realizada el 25 de marzo del 2014.

<sup>71</sup> Entrevista realizada el 11 de marzo del 2014.

<sup>72</sup> La Declaración de Caracas fue firmada 1990, crea un movimiento que insta a los países a orientar sus esfuerzos hacia la reestructuración de la atención Psiquiátrica, proponiendo el cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo paradigma de la atención en Salud Mental.

## 1. Políticas Públicas de Bienestar Social y Salud

De la presente investigación, ha sido palpable la sensación de que el Estado costarricense ha descuidado las políticas sociales, y las condiciones de vida en los últimos años han decaído, en especial para los desprotegidos que viven en la pobreza más extrema.

En términos generales Costa Rica ha sufrido un descenso en la atención de la salud, educación, vivienda, la inflación ha aumentado y la tasa de desempleo es mayor al igual que la inseguridad ciudadana.

De la mano con el descuido de las políticas públicas en temas sociales, la discapacidad mental encuentra un caldo de cultivo para su desarrollo, por muchas razones: mala atención médica durante el embarazo, parto y primeros años de vida, el urbanismo y la marginación, la pobre educación y estimulación intelectual, el acceso a drogas de abuso desde temprana edad, ambientes cargados de violencia, entre muchos otros factores son los que claramente tienen una asociación directa con la presentación de enfermedad mental, y son las personas en condiciones socioeconómicas más limitadas las que se ven expuestas a estas condiciones; por otro lado el acceso a salud es restringido, en especial si se trata de salud mental.

Tal como lo apuntan varios de los entrevistados para esta investigación, el descuido de las poblaciones en riesgo social conlleva a un aumento en la manifestación de la enfermedad mental, que al no poder tener acceso a salud termina por cometer actos ilícitos y entonces en lugar de ser procesados por el sistema de salud son procesados por el sistema judicial, provocándose así una criminalización de la enfermedad mental.

En el año 1991 después de puesta en marcha del nuevo paradigma de la atención en psiquiatría, el Hospital Nacional Psiquiátrico cambió sus políticas de asilo, para convertirse en un centro médico de atención que buscaba restablecer la salud de sus usuarios para que éstos pueden regresar a sus comunidades, pero esto generó a su vez un problema que era la falta en Costa Rica de un centro que funcione como asilo para aquellas personas con discapacidad mental que son rechazados por sus familias y que no existe donde ubicarlas, esto problema es muy severo pues muchas de estas personas terminan en condiciones de indigencia que les lleva a luego a ser procesados por el sistema judicial y donde luego se les dictan medidas de seguridad de internamiento y al no poder ser ubicados en la comunidad permanecen internados a modo de cadena perpetua en el ahora nuevo pabellón de CAPEMCO del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En Costa Rica se aprobó para el año 2012 la Política Nacional de Salud Mental que tiene un margen temporal menor a una década y su lema es *“De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”*, su diseño contempla el Análisis de Situación de Salud (ASIS) recomendado por la Organización Mundial de la Salud, donde se consideran cuatro determinantes:

- Biológicos
- Ambientales
- Sociales, económicos y culturales

- Determinantes de sistemas y servicios de salud

De los anteriores, es importante revisar brevemente los dos últimos:

**Determinantes sociales, económicos y culturales<sup>73</sup>:**

En 10 años, Costa Rica aumentó la tasa de suicidios de 4 a un 7 por cada 100.000 habitantes.

Con respecto al consumo de drogas en el país, las edades de inicio entre los estudiantes de secundaria son entre los 12 y los 14 años en el consumo de todas las drogas; respecto del consumo de sustancias ilícitas, la marihuana ocupa el primer lugar y manifiesta una tendencia creciente a expensas de su elevada presencia entre jóvenes y adolescentes de ambos sexos. La segunda sustancia ilegal más consumida son los derivados de la hoja de coca (cocaína y crack).

En la Encuesta de Hogares del 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la pobreza afectó al 21,6% de los hogares del país, de ellos el 6,4% se encuentra en pobreza extrema, los hogares en estado de pobreza, en especial pobreza extrema, tienen mayor cantidad de niños y niñas menores de 5 años; la población mayor de 15 años tiene menor escolaridad; menor cantidad de ocupados; mayor desempleo y el porcentaje de jefatura femenina es más alto en comparación con los hogares no pobres.

**Determinantes de sistemas y servicios de salud:**

La provisión de servicios de salud se ha caracterizado históricamente por ser médico-centrista, biólogo, especializado en el tercer nivel de atención y, que además, consume el mayor número de recursos financieros y humanos. El acceso de la población con algún grado de morbilidad es limitado a nivel comunitario; aunado a que no existe un sistema de información que apoye la toma de decisiones oportunas y una óptima planificación de los servicios de atención directa de las personas. Las respuestas de los servicios es por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a esta población. Asimismo, no existen políticas de formación de recurso humano para atender las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental.

En el modelo actual no se da la participación social de grupos organizados y familiares en torno a la atención, recuperación y rehabilitación de las personas afectadas con problemas de salud mental.

La Política Nacional de Salud Mental, busca realizar un trabajo interinstitucional, centrándose en la prevención de factores de riesgo asociados con la enfermedad mental e incorporando el

---

<sup>73</sup> Datos extraídos del documento de la Política Nacional en Salud Mental del año 2012.

paradigma de atención de la enfermedad mental en la misma comunidad. Es necesario que esta política y las recomendaciones que brinda la Organización Mundial de la Salud, puedan ser implementadas; no obstante a dos años de la aprobación de la política, la salud mental sigue estando casi exclusivamente en manos de pocos hospitales especializados, conseguir una cita con un especialista en psiquiatría o psicología en general se demora tres meses, la capacidad de internamiento en otros centros médicos distintos al Hospital Nacional Psiquiátrico es muy poca, por lo que la mayoría de los pacientes que requieren ser hospitalizados deben trasladarse al Gran Área Metropolitana donde en muchos casos sus familiares no pueden visitarlos y se desligan durante semanas.

La realidad sigue siendo que muchos de las personas que son procesados por el sistema judicial donde se sospecha la presencia de un trastorno mental, entran en contacto por primera vez en su vida con especialistas en psiquiatría y psicología cuando son internados en CAPEMCOLO o valorados por el Departamento de Medicina Legal.

La Política de Salud Mental está bien orientada, pues se basa en una atención integral y multidisciplinaria de todos los factores involucrados, y los cuales pueden ser intervenidos para disminuir el riesgo de manifestaciones de trastornos mentales, contemplando la necesidad de que la comunidad, las familias y las personas se involucren y que la atención médica especializada en salud mental deje su visión médico-centralizada y biológica para ser una atención comunitaria.

Debe darse un verdadero compromiso estatal por medio de sus instituciones para poner adecuada atención y soluciones a los problemas sociales, mejorar las condiciones de vida, de educación y de acceso a la salud, centrándose en la prevención de problemas más que buscar soluciones cuando ya es de muy difícil manejo; evitar a toda costa políticas que lleven a una criminalización de los problemas sociales y hasta la misma enfermedad mental, pues el sistema de control social que ejerce el sistema judicial en última instancia no resuelve los problemas sociales, más bien tiende a agravarlos y por tanto debe ser usado como último recurso.

## 2. Implementación de las recomendaciones de la ley 18.867

Entendiéndose de antemano que el ideal es evitar que las personas con una discapacidad mental tengan que verse involucrados en situaciones que lleven a tener conflictos con la ley; es necesario implementar normas que permitan reguardar los derechos de estas personas y procurar su bienestar y el de la sociedad.

Esta propuesta de ley resulta en una buena idea de manejo de las personas con discapacidad mental que son procesadas por el sistema judicial, velando en todo momento por sus derechos especiales como persona con discapacidad y buscando soluciones de rehabilitación y de reintegración y evitando caer en una segregación de este grupo minoritario.

Aunque ya ha sido analizada en profundidad en el capítulo anterior, acá se busca destacar los aspectos más relevantes e innovadores. La creación de la figura del curador es uno de los atributos más importantes en especial porque permite la implementación de medidas de seguridad ambulatorias, porque se asigna a una persona para que oriente y guíe a la persona que ha sido sentenciada, también brinda la posibilidad de disconformidad ante el juez de ejecución de la pena respecto a cualquier tratamiento coactivo que se le imponga, lo que según refiere el Dr. Roy Murillo<sup>74</sup> juez de ejecución de la pena de San José es un factor determinante para el cumplimiento de medidas ambulatorias:

*“El problema es la falta de los sistemas de salud de hacer comprender a la familia cuál es la atención diferente que se debe de tener a estas personas, hay al mismo tiempo una negación en el grupo familiar donde incluso en las medidas ambulatorias la familia justifica que no requiere la medicación y la misma familia termina rechazando la medicación hasta que se termina por descompensar, ahí hay una patología social que tiene que ver con la propia concepción desvalorada de la persona discapacitada, que nadie lo quiere o si la tiene quieren invisibilizar o creen que no, todo es normal”.*

Según refiere el juez es frecuente que tanto la familia como el sentenciado rechacen el tratamiento, lo que debe resolverse con una mejor relación entre el equipo médico tratante, la familia y el juez de ejecución, pero la posibilidad de un curador permite el acercamiento entre éste y el sistema judicial, buscando en todo momento una feliz solución que evite una medida de internamiento innecesaria o la comisión de un delito, y no como suele suceder que incumple la medida por lo que automáticamente debe modificarse a una de internamiento con los perjuicios que conlleva y que han sido analizados en otras partes de la investigación.

Otras características destacadas de la ley es que busca regular las medidas de seguridad de internamiento, sugiriendo plazos fijos que deben estar en relación con el delito por el que es procesado y la revisión de las medidas cada seis meses con la posibilidad de modificación o cese según lo considere el juez de ejecución de la pena.

---

<sup>74</sup> Entrevista realizada el 25 de marzo del 2014.



Se rescata que esta ley busca involucrar a otras instituciones estatales de bienestar social, que de algún modo y otro están involucradas en la atención de las personas con discapacidad mental; muy especialmente el Consejo Nacional de Rehabilitación que debe de colaborar en procesos de reubicación y programas de reinserción social de las personas con enfermedad mental a la comunidad.

Lo mismo sucede respecto a otorgar al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) la responsabilidad de atender esta problemática y la creación de centros de reclusión que permitan cumplir ahí medidas de seguridad curativas de internamiento cuando la problemática asociada a la comisión de un delito sea la de uso o abuso de drogas.

### 3. La creación del centro alternativo de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley

La creación del pabellón CAPEMCOL en el Hospital Nacional Psiquiátrico y su rápida saturación, son una muestra de la gran necesidad de que se construya de una vez por todas el centro alternativo, pues tal y como lo mencionó el Dr. Hernández<sup>75</sup> del Hospital Nacional Psiquiátrico la creación del pabellón fue una medida alternativa, parcial y temporal, buscando acatar la disposición de la Sala Constitucional respecto a separar las poblaciones de personas internadas en ese centro médico de modo que no exista una convivencia entre los usuarios que ingresan por indicación médica de aquellos enviados por indicación judicial que tiene algún tipo de conflicto con la ley.

*“(...)Se ordena a Ileana Balmaceda en su calidad de Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y a Víctor Alfredo Navarrete en su condición Director General a.i. del Hospital Nacional Psiquiátrico, o a quienes en su lugar ocupen dichos cargos, que en tanto no sea creado y puesto en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, deben proceder de forma **INMEDIATA**, a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a medida preventiva o de seguridad alguna, respecto de los que sí lo están, así como, abstenerse de incurrir, nuevamente, en la conducta que sirvió de base para la presente estimatoria. De esta manera se les reitera la orden por medio de la cual se les indicó su deber de coordinar con el Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública para asegurar la seguridad de los pacientes.(...)”* (Sentencia 12189<sup>76</sup>)

La Sala Constitucional ha sido muy enfática respecto a la creación del Centro Alternativo, de hecho en la primera resolución respecto a este tema el primer punto ha sido la de obligar a la Caja Costarricense de Seguro Social a crear el centro:

*“(...)Que en el plazo improrrogable de **un año** se planifique y programe la creación, construcción y puesta en funcionamiento de un centro de tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación para las personas inimputables o con imputabilidad disminuida a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal(...)”* (Sentencia 4555<sup>77</sup>).

A pesar de la sentencia dictada el 20 de marzo del 2009, al año en que se realiza esta investigación (2014) no ha sido puesta en marcha.

Según información aportada por el Dr. Hernández, la Asamblea Legislativa en el año 2010 había aprobado un proyecto para recaudar fondos para la creación de este centro y que iba a provenir

---

<sup>75</sup> Entrevista realizada el 11 de marzo del 2014.

<sup>76</sup> Sentencia de la Sala Constitucional N° 2010-12189, de las diecisiete horas y doce minutos del veinte de julio del dos mil diez.

<sup>77</sup> Sentencia de la Sala Constitucional N°2009-4555 de las ocho horas y veintitrés minutos del veinte de marzo del dos mil nueve.

de un pequeño porcentaje de los premios de la lotería nacional que no eran recaudados, y que al día de hoy debía de alcanzar una suma lo suficientemente alta para dar inicio a la construcción del centro.

Tal como lo había recomendado en un proyecto inicial de la Defensoría de los Habitantes<sup>78</sup>:

*“El Centro Alternativo Especializado para la Atención Integral Psiquiátrica de Personas con Trastornos Mentales en Conflicto con la Ley se define como una Unidad Psiquiátrica que reúne condiciones de salud, seguridad y contención para brindar atención y rehabilitación integral a las personas privadas de libertad que presentan trastornos mentales y conductuales.”*

Debe entenderse, tal como se ha intentado dejar claro a través de toda esta investigación, que el objetivo de un Centro Alternativo de atención a personas con enfermedad mental y conflicto con la ley es el de brindar atención médica especializada en salud mental de modo que las personas puedan estabilizar y resolver los trastornos mentales que les aquejan y sobre todo permitirles una rehabilitación integral para que puedan volver a sus comunidades y reintegrarse a la sociedad, de ninguna manera se debe permitir que un centro de este tipo se convierta en un asilo que busque la segregación de las personas con enfermedades mentales. Es de ahí que la Defensoría de los Habitantes en su proyecto para la creación del centro alternativo dio una especial relevancia a lo que respecta la rehabilitación.

El Centro Alternativo, tal como lo propuso en su proyecto la Defensoría de los Habitantes debe buscar cumplir los siguientes objetivos:

### **1. Objetivo General**

*Brindar una atención integral en psiquiatría y salud mental, a las personas sometidas a Medidas Cautelares (indiciados) y Medidas de Seguridad (sentenciados), y para los que estando reclusos en un centro penal tengan una descompensación mental.*

### **2. Objetivos Específicos**

- 1. Garantizar una atención psiquiátrica de calidad para el cien por ciento de la población internada.*
- 2. Brindar condiciones de seguridad, protección y bienestar a los usuarios del centro.*
- 3. Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial, laboral y educativa, según las necesidades de la población internada*
- 4. Brindar tratamiento y rehabilitación para usuarios con trastornos mentales y problemas de alcoholismo y fármaco dependencia.*

---

<sup>78</sup> Primer proyecto propuesto, planteado por la Defensoría de los Habitantes, en conjunto con todas las instituciones involucradas, que incluía no solo el diseño administrativo como unidad operacional, sino también con un diseño arquitectónico.

- 5. Ejecutar programas de salud mental, familiar y comunitaria para favorecer la reinserción social.*
- 6. Ser un centro de investigación, formación y capacitación especializado para personal de atención en salud mental y personal de custodia.*
- 7. Asegurar la protección y ejercicio de los derechos fundamentales de los privados de libertad.*
- 8. Desarrollar protocolos de atención específicos en las áreas de psiquiatría, rehabilitación psicosocial, programas para ofensores domésticos, otras ofensas contra la vida, otros delitos y laborterapia.*
- 9. Trabajar en programas específicos por equipos interdisciplinarios.*
- 10. Divulgar y mantener programas para la prevención de la violencia social a cargo de equipos interdisciplinarios, intersectorial e interinstitucional.*

Dada la gran demanda que se ha experimentado con la creación del pabellón CAPEMCOL es necesario que el Centro Alternativo cuente con suficiente espacio físico y de recurso humano que permita el crecimiento según las necesidades del país.

Por otro lado la Defensoría de los Habitantes recomienda que debe contar con un área mínima de cuatro a seis metros cuadrados por paciente y que debe contar con áreas específicas para la atención médica, actividades de terapia ocupacional, laboral, educativa; tal y como fue concebido el Hospital Nacional Psiquiátrico contemplando la posibilidad de desarrollar áreas agrícolas y de granja que han demostrado ser muy útiles para la rehabilitación de personas con enfermedad mental, el centro debería contar con la suficiente extensión de terreno para desarrollar estas actividades; además debe encontrarse en un lugar estratégico de modo tal que permita un fácil acceso pero que esté alejado de zonas residenciales y de alto tráfico vehicular.

En cuanto al personal profesional, la experiencia del pabellón CAPEMCOL ha demostrado que es necesario contar con más de dos psiquiatras, pues ante la demanda actual ha sido muy difícil para los psiquiatras asignados llevar a cabo la tarea. También se requiere varios profesionales en psicología al menos dos de ellos, pues la demanda de este servicio es muy alta: por un lado se requiere realizar pruebas psicodiagnósticas a los usuarios que ingresan con medidas cautelares para descartar la presencia de enfermedad mental, para los usuarios con medidas cautelares pero con estancias más prolongadas y que padecen de enfermedad mental se requiere de atención psicoterapéutica individual y en grupo al igual que sucede con los usuarios de medidas de seguridad que el objetivo terapéutico es hacer consciencia sobre su enfermedad y la necesidad del tratamiento y control al tiempo que también se debe trabajar ciertos aspectos de la rehabilitación incluso con las familias.

Un área profesional que ha demostrado ser de altísima demanda en un centro de estas características es la de Trabajo Social, su rol es básico y con la experiencia del pabellón CAPEMCOL se demostró que es imposible de atender todas las necesidades de la población internada con tan solo un profesional en esta área, dado que sus acciones van desde: recopilar información familiar y comunal con intención de triangular datos para la etapa del diagnóstico, trabajo con las familias para brindar contención y apoyo evitando así en la medida de lo posible el rechazo familiar, apoyo a las familias y los usuarios intermediando con las distintas entidades encargadas de planes de bienestar social, y por último en especial con el manejo de los usuarios con medidas de seguridad que requieren ser reubicados una vez completada la fase terapéutica-hospitalaria de la medida por lo que es necesario realizar gestiones con el Consejo Nacional de Rehabilitación para estos fines.

Una fase importante del centro alternativo debe ser la capacidad de mantener lazos con los usuarios que ya han salido del centro, sus familias y la comunidad durante un tiempo prudencial de modo que se pueda asegurar la adecuada adaptación social una vez completadas los objetivos judiciales y médicos.

Otros profesionales que sin duda son parte del cuadro básico con que debe contar el centro es con varios profesionales en terapia ocupacional, sus labores son básicas en cuestiones de rehabilitación que van desde la parte de recuperar habilidades motoras finas-gruesas, también recuperar habilidades de vida diaria básica e instrumentada y por último trabajar en habilidades laborales que le permitan a los usuarios independencia y autonomía, sin duda este es un campo que debe contar con todos los recursos necesarios para realizar sus funciones.

Profesionales en medicina general para la atención de morbilidad y brindar apoyo y asistencia a las labores más especializadas de psiquiatría.

En cuanto al resto de requerimientos es claro que se necesita contar con el suficiente personal de enfermería, farmacia, nutrición. El centro debe contar con su propio laboratorio clínico, cocina, lavandería y servicios generales de aseo y mantenimiento, y la sección administrativa que incluye el administrador, secretarías, archivo, bodega.

Un aspecto que basado en la experiencia ha resultado ser imprescindible para el funcionamiento del pabellón CAPEMCOL y que es una necesidad en un Centro Alternativo es la de asesoría legal, un profesional en el campo de derecho ha demostrado ser de gran utilidad para establecer contactos efectivos y en un mismo lenguaje entre los distintos administradores de la justicia y los encargados de la atención a la salud mental, logrando así un mejor enlace que beneficie a los usuarios.

En el proyecto propuesto por la Defensoría de los Habitantes, se incluye un modelo arquitectónico que se expone a continuación:

### *a) Planta Arquitectónica de Distribución*

Es una planta tridimensional, con un eje central de operatividad rectora administrativa, y dos naves laterales, que conjuntan, las áreas de recepción y registro primario, de atención y consulta médica y emergencias psiquiátricas, con las respectivas áreas de terapia clínica, laboratorio, farmacia y talleres grupales, área de internamiento, recuperación, y observación crítica de pacientes.

La técnica y dinámica de control y vigilancia penitenciario, se complementa, sobre una línea igualmente perimetral-visual, que tiende a cubrir aproximadamente un 95.5%, del espacio desplegado, desde el interior hacia el exterior y viceversa. Es decir se trata de mezclar, en la funcionalidad exigida, una serie de factores, que conjugan espacios medianamente abiertos, con espacios medianamente cerrados, con la circulación restringida, que permiten eliminar en lo posible, el concepto “carcelario y represivo”, en el orden de su función diaria, y con las expectativas de mejorar el tratamiento y la atención para este tipo de pacientes.

Existen como complemento del partido arquitectónico, las áreas de Servicios Generales, comedores y cocina, ropería bodegas, áreas de esparcimiento externo e interno, promoción y academia, área de soporte de capacidad (cuarto de máquinas), y mantenimiento del inmueble.

Accesos controlados e independientes, así como salidas de emergencia.

Se plantea ocupar una extensión de terreno, De 8.000 a 10.000 mts<sup>2</sup>, con una edificación de 5.000 mts<sup>2</sup>, a construir, de un solo nivel, con los mínimos cambios de nivelación, para el uso de los accesos y circulaciones normales, así como se incluyen las normativas para la accesibilidad de las personas discapacitadas físicamente. (Ley 7600).

### III. Conclusiones

El derecho a la vida, a la dignidad y a la salud, son inalienables al ser humano, es el deber de los Estados velar porque esto se respete en todo el mundo, solo así podrá la Humanidad alcanzar un desarrollo. Costa Rica se ha pronunciado en respeto a estos derechos, y es así como se debe exigir al Estado su obligación en llevar a cabo las medidas pertinentes para acatar los mandamientos del Derecho Internacional.

Las personas con enfermedades o deficiencias mentales deben ser consideradas personas con discapacidad, y desde esta visión y siguiendo con el respeto de la norma internacional respecto a las personas con discapacidad y enfermedad mental, el Estado de Costa Rica debe velar por brindar el apoyo y los recursos necesarios para que esta condición no sea una desventaja y que las personas con discapacidad pueden convertirse en ciudadanos participativos.

De la presente investigación, se concluye la necesidad de fortalecer las instituciones y políticas encargadas del bienestar social; la enfermedad y deficiencia mental se encuentran ligadas a condiciones de pobreza y de marginación social. La mejor política de atención es la de prevención, y de ahí que se requiere mejorar la atención a los problemas sociales a fin de reducir las manifestaciones de enfermedades o deficiencias mentales. Se requiere mejorar la atención en salud, también la salud mental buscando descentralizar los servicios para que éstos se brinden en la comunidad, donde son de fácil acceso, es necesario involucrar a los actores comunales y la población en general para desarrollar programas de prevención, atención y promoción de la salud. Es necesario brindar una mejor atención y prevención al problema de consumo de drogas y alcohol. También retomar la educación como instrumento de desarrollo individual y social.

La creación del pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico, CAPEMCO ha venido a brindar de manera parcial y muy limitada, atención a las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, su apertura ha hecho más evidente el problema de la creciente criminalización de la enfermedad mental y con esto se hace referencia al hecho de que las personas con enfermedad mental deben ser captadas en primera instancia por el sistema de salud y no por el sistema judicial como última instancia, luego de que se ha producido un daño a un bien jurídico; por lo que se insiste que antes de buscar la solución a este problema en particular, debe ser el principal objetivo la apropiada atención a la bienestar social y la salud mental, tal como lo estipula las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

La conclusión más importante de la presente investigación es la necesidad de creación de un Centro Alternativo para la atención de personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley como una unidad programática independiente, pero suscrita a la Caja Costarricense del Seguro Social. El centro debe incluir todas poblaciones: varones adultos y jóvenes, mujeres adultas y jóvenes, menores de edad y adultos mayores. Debe contar con una planta física amplia que reúna todas las consideraciones de seguridad pero al mismo tiempo de comodidad y apropiadas para la atención de los enfermos mentales, con amplias zonas verdes donde se encuentran espacios de

recreo y deportes, espacios para la relajación y la implementación de zonas para terapia ocupacional relacionados con actividades agrícolas. Debe contar con un equipo de profesionales multidisciplinario suficiente para dar atención a esta población que impresiona va en aumento.

Debe crearse tal y como ha sido ordenado por la Sala Constitucional, un cuerpo de oficiales de seguridad exclusivo para la atención de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, que deben reunir un perfil particular caracterizado por la tolerancia. Este cuerpo de seguridad requiere de capacitación continua en técnicas de persuasión y comprensión de la enfermedad mental.

El enlace y la cercanía que debe existir entre el sistema judicial y los encargados de la atención de la salud mental, debe ser estrecho. Prácticas como la recientemente implementada en el pabellón CAPEMCOL, de llevar a cabo las audiencias de seguimiento de las medidas judiciales dentro de las propias instalaciones del centro y contando con la presencia del sentenciado, permite una visión más sensible y realista por parte de los administradores de justicia, que les permite tomar decisiones tomando en consideración más elementos. Se deben realizar capacitaciones conjuntas entre el sistema de salud y judicial.

Es necesario que el resto de instituciones involucradas de forma directa o indirecta en la atención de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, cumplan sus respectivos papeles; es así como el Consejo Nacional de Rehabilitación tiene la obligación de establecer programas para brindar atención a las personas con discapacidad mental en condición de abandono; el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Ministerio de Salud deben crear centros y programas especializados en la prevención y rehabilitación de la farmacodependencia y alcoholismo, y centros que puedan ser usados como lugares para cumplir medidas de seguridad curativas de internamiento.

Es necesario aprobar cuando antes el proyecto que busca reformar la Ley de Ejecución Penal y Penitenciaria, donde se presta gran interés al tema de las medidas de seguridad, en cuanto a distintas opciones de internamiento o medidas ambulatorias, regular los plazos de las medidas de seguridad de internamiento y de crear la figura de curador cuando una persona ha sido declarado inimputable.

El objetivo final es también el superar el tema de la peligrosidad del enfermo mental, la persona con una enfermedad mental debe ser considerada en condición de discapacitada y como tal el Estado tiene la obligación por brindarle los insumos necesarios para que esta condición no se convierta en una desventaja en el ejercicio activo de ciudadano; en caso de que una personas con enfermedad mental haya cometido un acto antijurídico debido a su enfermedad, la medida de seguridad viene a dar una solución que busca restablecer la salud y estabilidad emocional del sujeto para que pueda, lo más pronto posible, reincorporarse a la sociedad; y nunca como una medida de reproche o segregación.



## IV. Bibliografía

### A. Libros

1. Álamo González, C., López Muñoz, F. (2007). ***Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos.*** Colombia. Editorial Médica Panamericana.
2. Bacigalupo, E. (1996). ***Manual de derecho penal.*** Bogotá Colombia. Editorial Temis.
3. Camacho Morales, J., Vargas González, P., Montero Montero, D. (2007). ***La Culpabilidad: teoría y práctica.*** Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas S. A.
4. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). ***Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía: Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.*** España. Editado por Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social.
5. Flores González, M. (2013). ***Locura y género en Costa Rica (1910-1950).*** Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
6. Foucault M. (2000). ***Los anormales.*** Argentina. Primera edición en español, Fondo de cultura económica de Argentina.
7. Harbottle Quirós, F. (2012) ***Imputabilidad disminuida: hacia una redefinición de la imputabilidad e inimputabilidad.*** Costa Rica. Editorial Juritexto.
8. Iturralde, M., Garland, D. (2007) ***Crimen y castigo en la modernidad tardía.*** Bogotá. Siglo el Hombre Editores, Universidad de los Andes, Pontifica Universidad Javeriana.
9. Kupers, T. (2006) ***How to creat madness in prision.*** Estados Unidos. From David Jones, Ed., Human Prisions, Editorial Oxford Radcliffe.
10. Laín Entralgo, P. (2006). ***Historia de la medicina.*** Barcelona España. Editorial Elsevier, MASSON.
11. Monge Antolín, V. (2013). ***Metodología de Investigación en Derechos Humanos.*** Costa Rica: Editorial Universidad Nacional de Estudios a Distancia.
12. Organización Mundial de la Salud. (2006) ***Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación.*** Ginebra.

13. Sánchez Romero, C. (2000) **Derecho Penal parte general y doctrina y jurisprudencia**. Costa Rica. Editorial Jurídica Continental.

## B. Artículos de Revistas

1. Arias Madrigal, D. (2003) ***El trastorno mental transitorio y sus consecuencias en la imputabilidad con especial referencia al trastorno de estrés post-traumático y la violencia doméstica***. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. pp 141-156.
2. Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. (2009). ***Edición especial para la conmemoración del VI centenario de la fundación de la primera institución psiquiátrica del mundo por el Padre Fray Joan Gilabert Jofré en Valencia***. Boletín bimensual de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar.
3. Burgos Mata, A. (2005) **La medida de seguridad en Costa Rica**. Revista de Medicina Legal de Costa Rica, 22(1): 79-98.
4. Centro de Estudio de la Justicia. (2008) ***El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno***. Revista de Estudios de la Justicia, N°10.
5. Harbottle Quirós, F. (2012) ***Las medidas de seguridad en la jurisprudencia penal costarricense a propósito de la entrada en vigencia de la ley de creación del recurso de apelación***. Revista Judicial, Costa Rica, N°104.
6. Sotomayor Acosta, J. O. (1990) ***Crítica a la peligrosidad como fundamento y medida de la reacción penal frente al inimputable***. Medellín Colombia. Rev. Nuevo Foro Penal N°48. pp 199-213.
7. Van Voren, R. (2010) ***Political abuse of psychiatry-an historical overview***. Schizophrenia Bulletin; pp36(1):33-35.

## C. Tesis

1. Desanti G., María del Mar. (2010) ***La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica***. Tesis de licenciatura en derecho, Universidad de Costa Rica.

2. Gutiérrez Prendas, J.(2013). ***Perfil de los pacientes ingresados por causas judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, durante los años 2009 al 2010.*** Tesis de especialidad en psiquiatría, Universidad de Costa Rica.
3. Hernández V., Álvaro. (2008) ***Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad.*** Tesis en Administración de Centros de Salud. Costa Rica. Junio 2008
4. Jiménez Murillo, M. (2013) ***Trabajo Social y medidas de seguridad curativas: un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el periodo 2000 al 2011.*** Tesis de licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
5. Mora Víquez, C. (2013) ***Simulación de síntomas psicóticos y su evaluación psicológica: algunos elementos psicojurídicos y su relación con aspectos clínicos y forenses en el contexto costarricense.*** Tesis de especialidad en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica.

#### **D. Normativa Nacional**

1. ***Constitución Política de Costa Rica***, 1949.
2. ***Código Penal: adicionado con la exposición de motivos y el dictamen afirmativo*** (1970). San José. Imprenta Nacional.
3. ***Código Penal***, Ley 4573, del 30 de abril de 1970.
4. ***Código Procesal Penal***, Ley 7594, del 28 de marzo de 1996.
5. Ley 7948 (1999). ***Aprobación de la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.*** Publicado en el Diario oficial la Gaceta, 238, 8 de diciembre de 1999.
6. Ley 7600 (1996). ***Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.*** Publicado en el Diario oficial la Gaceta, 102, 29 de mayo 1996.

## E. Normativa Internacional

1. Organización de las Naciones Unidas. (1946). **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Nueva York.
2. Organización de las Naciones Unidas. (1948). **Declaración Universal de los Derechos Humanos**. Ginebra.
3. Organización de las Naciones Unidas. (1955). **Las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos**. Ginebra
4. Organización de las Naciones Unidas. (1984). **Convención contra la Tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes**. Ginebra.
5. Federación Mundial de la Salud Mental. (1989). **Declaración de los derechos humanos y la salud mental**. Luxor, Egipto.
6. Organización Mundial de la Salud. (1990). **Declaración de Caracas**. Caracas, Venezuela.
7. Organización de las Naciones Unidas. (1991). **Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental**. Ginebra.
8. Organización de las Naciones Unidas. (2002). **Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes**. Costa Rica.
9. Organización de las Naciones Unidas. (2006). **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**. Nueva York.

## F. Jurisprudencia Nacional y Corte Interamericana de Derechos Humanos

### Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia

1. 2009-4555 de las ocho horas y veintitrés minutos del veinte de marzo del dos mil nueve.
2. 2010-12189 de las diecisiete horas y doce minutos del veinte de julio del dos mil diez.
3. 1992-88 de las once horas del diecisiete de enero de mil novecientos noventa y dos.

### Corte Interamericana de Derechos Humanos

1. Sentencia de 4 de julio del 2006, caso Ximenez Lopes vs Brasil.

## G. Documentos varios

1. Brenes Antonini, O. (2003) *Reseña histórica de la psiquiatría en Costa Rica*. Documento “La especialización de los Servicios de Salud en Costa Rica. San José, C.R. EDNASSS-CCSS, pp365-373.
2. Cáceres García, J. M. **Ponencia: Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria**. Servicio de Formación Continua de la Escuela Judicial, Universidad de Alicante, España.
3. Defensoría de los Habitantes. (1999) *Informe anual de labores, periodo 1998-1999*.
4. Defensoría de los Habitantes. (2004). *Proyecto para la creación de un Centro alternativo especializado para la atención integral psiquiátrica de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley*. Costa Rica.
5. Dirección Ejecutiva del Poder Judicial. (2014). **Circular Nº23-2014, Asunto:** Aspectos que se deben tomar en cuenta para mejorar la gestión de los despachos judiciales que atienden materia penal, concretamente, en los casos en que se sospecha o se determina que al momento del hecho delictivo el denunciado actuó bajo un estado de inimputabilidad o imputabilidad disminuida. Costa Rica
6. Elizondo, C. (2013). *Antecedentes del centro de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley*.
7. Hernández A., Gutiérrez A., Montero T. (2005). *Problemática de las medidas de seguridad curativas y las medidas cautelares de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Comisión de Medidas Curativas del Hospital Nacional Psiquiátrico.
8. Proyecto Parlamentario de Ley Nº18.867. (2013). *Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena*. Costa Rica.
9. Rodríguez Jiménez, M. (1991). *Reseña histórica del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres*. San José, Costa Rica.
10. The Sentencing Project. (2002) *Mentally ill offenders in the Criminal Justice System: An analysis and prescription*. Estados Unidos.

## H. Entrevistas

1. Entrevista a Alcyra Hernández Rodríguez, Licenciada en Derecho, Asesora Legal del Pabellón Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley del Hospital Nacional Psiquiátrico. Realizada el 18 de marzo del 2014.
2. Entrevista a Álvaro Hernández Villalobos, Médico especialista en Psiquiatría, Jefe de Servicios médicos y Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico. Realizada el 11 de marzo del 2014.
3. Entrevista a Cristian Elizondo Salazar, Médico especialista en Psiquiatría, Jefe del Pabellón Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley del Hospital Nacional Psiquiátrico. Realizada el 18 de marzo del 2014.
4. Entrevista a José Manuel Arroyo Gutiérrez, Magistrado Vicepresidente de la Corte Suprema de Justicia. Realizada el 25 de marzo del 2014.
5. Entrevista a Roger Víquez Gairaud, Doctor en Derecho, Coordinador del Mecanismo Nacional contra la Tortura de la Defensoría de los Habitantes. Realizado el 31 de marzo del 2014.
6. Entrevista a Roy Murillo Rodríguez, Juez de Ejecución de la Pena del Primer Circuito Judicial de San José. Realizada el 25 de marzo del 2014.

## V. Anexos

**A. Proyecto de Ley N°18.867 Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la Justicia para la ejecución de la pena**

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA  
REPÚBLICA DE COSTA RICA**

**PROYECTO DE LEY**

**LEY DEL SERVICIO PENITENCIARIO NACIONAL Y DE ACCESO  
A LA JUSTICIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA PENA**

**VARIOS SEÑORES DIPUTADOS  
Y SEÑORAS DIPUTADAS**

**EXPEDIENTE N.º 18.867**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS  
PARLAMENTARIOS**



## PROYECTO DE LEY

### LEY DEL SERVICIO PENITENCIARIO NACIONAL Y DE ACCESO A LA JUSTICIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA PENA

Expediente N.º 18.867

#### ASAMBLEA LEGISLATIVA:

Nuestro país en cumplimiento del principio de legalidad e igualdad requiere de manera urgente una ley que regule las actuaciones tanto administrativas como judiciales en la fase de ejecución de la pena.

Resulta necesario establecer los antecedentes legislativos sobre la materia, puesto que esta Comisión de Seguridad y Narcotráfico (período 2010-2014) se ha dedicado al estudio del proyecto de ley, tramitado en el expediente 16.789, presentado el 13 de setiembre de 2007 por el ex diputado Guyón Massey Mora, el cual ha representado una base para el análisis general del tema.

El citado proyecto fue estudiado por el Departamento de Servicios Técnicos, el cual determinó entre otros algunos aspectos de inconstitucionalidad:

*“El artículo 36 lesiona el principio de legalidad, porque es una obligación del Estado costarricense garantizar que los centros de reclusión penitenciaria funcionen adecuadamente.*

*Asimismo, los incisos b) y c) del artículo 108 riñen con el derecho de la Constitución, porque resulta contrario al principio de legalidad penal que el legislador establezca penas de diferente naturaleza sin determinar los motivos de atenuación o agravación de las conductas sancionables.*

*Por último, el inciso b) del artículo 127 lesiona “el derecho de libre elección de trabajo” que garantiza el artículo 56 de la Constitución Política, porque el individuo “está facultado para escoger entre la multitud de ocupaciones lícitas la que más le convenga para la consecución de su bienestar”.*

Según consta en el expediente legislativo N.º 16789, el proyecto de ley desde su publicación en La Gaceta N.º 198, de 16 de octubre de 2007, el único avance fue el informe de Servicios Técnicos, a partir del 29 de junio de 2010, se inició la discusión en la Comisión de Seguridad y Narcotráfico, mediante la aprobación de la consulta institucional realizada a: Corte Suprema de Justicia, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Justicia y Paz, Defensa Pública, Ministerio Público, Dirección General de Adaptación Social, Instituto Nacional de Criminología de las cuales consta la posición de:

- Defensa Pública, oficio JEF-1377-2010, de 27 de julio de 2010, mediante el que presenta un amplio análisis y varias observaciones al articulado.

- Corte Suprema de Justicia, oficio N° SP-538-10, de 31 de agosto de 2010, mediante la aprobación del informe rendido por la magistrada Magda Pereira, que señala: *“...Los artículos comentados disponen competencias a favor de los despachos judiciales encargados de la ejecución de la penal y de la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia, que pueden dificultar o del todo obstaculizar la aplicación de una normativa especial, sistemática y coherente. Además, se estima que en algunos casos las propuestas pueden presentar roces de inconstitucionalidad, en cuanto a las facultades que la Constitución Política otorga al poder Judicial en general y a los jueces en la aplicación de la ley, en particular”*.
- Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública, Oficio N.º 1331-2010 DM, de 7 de setiembre de 2010, mediante el que presenta un amplio análisis y varias observaciones al articulado.

Se recibió en audiencia a: magistrado José Manuel Arroyo (27 de setiembre de 2012); Carlos María Jiménez Vásquez y Silvia Carmona Rivas de la Fiscalía General de la República (4 de octubre de 2012); Dr. Roy Murillo, juez de Ejecución Penal (25 de octubre de 2012); quienes coincidieron en la importancia de legislar sobre la legislación y en la conformación de una comisión interinstitucional que trabajara el tema.

En virtud de lo anterior en la sesión N.º 15, de 25 de agosto, la Comisión de Seguridad y Narcotráfico acordó integrar un grupo interinstitucional y solicitar al Consejo Superior del Poder Judicial la designación de un funcionario judicial, para que colabore en la redacción del texto sustitutivo del expediente 16.789 Ley de Ejecución Penal.

Mediante oficio N.º 11631-12, de 26 de noviembre de 2012, se comunica el acuerdo tomado por el Consejo superior del Poder Judicial en sesión N.º 101-12 del 20 de noviembre de 2012 donde se designa al Dr. Roy Alexander Murillo Rodríguez, Juez de Ejecución de la Pena de San José para que coadyuve en la redacción del texto sustitutivo del expediente 16.789.

Atendiendo a lo anterior, bajo la coordinación del despacho del presidente de la Comisión de Seguridad y Narcotráfico, diputado Carlos Góngora Fuentes, y con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, se organizó el grupo interinstitucional e inició su trabajo el 5 de diciembre de 2012. El 25 de enero de 2013, se realizó la primera entrega de insumos y observaciones generales de las instituciones; el 15 de marzo de 2013 se entregándose un primer borrador de texto, el cual fue puesto nuevamente en conocimiento de los participantes para la presentación de observaciones, las cuales se realizaron el 22 de abril de 2013 para la elaboración del texto definitivo que se presentará a la Comisión de Seguridad y Narcotráfico. Todos estos documentos se encuentran en el expediente legislativo N.º 16.789.

El 22 de julio de 2013, el Dr. Roy Murillo presenta a consideración el texto producto del análisis, estudio y criterio de las distintas instituciones que participaron activamente a saber: Ministerio Público, Defensa Pública y jueces de Ejecución, mediante el siguiente oficio:

*“Se ha encomendado por su autoridad la elaboración de un texto sustitutivo para el proyecto de Ley de Ejecución Penal, expediente N° 16789.*

*Del análisis de la propuesta a sustituir y las necesidades de una ley que regule el cumplimiento de las penas concluimos que la necesidad de una ley que regule la forma y modo del cumplimiento de las penas hace exigible no solo una Ley de Ejecución sino también una Ley Penitenciaria, considerando sobremanera que en el cumplimiento de las sanciones se da una intervención de autoridades judiciales y administrativas.*

*Iniciamos entonces un trabajo de coordinación interinstitucional convocando a los actores directamente relacionados con la materia: jueces, fiscales, defensores, funcionarios penitenciarios y funcionarios del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, invitándose a todos a presentar propuestas, necesidades y observaciones sobre la base de un texto que desde marzo del 2012 venían elaborando funcionarios penitenciarios encomendados por la Dirección General de Adaptación Social, apoyados por el entonces Vice Ministro de Justicia y Paz y Director General, Master Eugenio Polanco. Valga señalar que el referido texto fue objeto de algunas modificaciones meramente formales y solo se le anexó un capítulo sobre procedimientos de ejecución penal.*

*El 15 de marzo del 2013 realizamos un Taller Nacional para la presentación y análisis del documento base –incorporados ya muchos de los requerimientos de las diferentes institucionales- y nuevamente se brindó a los actores un mes de tiempo para hacer sus observaciones y críticas, mismas que fueron presentadas oportunamente por todos excepto por los representantes del Sistema Nacional Penitenciario, toda vez que los jerarcas –en ese momento- manifiestan que sus tiempos no coinciden con los de la Comisión Interinstitucional y en consecuencia a pesar de haberse comprometido públicamente a participar y colaborar finalmente no procedieron.*

*Al margen de la posición del Ministerio de Justicia y Paz, el resto de colaboradores seguimos con la responsabilidad encomendada y sobre las nuevas observaciones presentadas se procedió a ajustar el texto acogándose todos los requerimientos técnicamente avalados.*

*La iniciativa procura una ley que regule el cumplimiento de las penas con la mayor objetividad, que asegure la vigencia del principio de legalidad o garantía ejecutiva y el control de todas las decisiones trascendentes, garantizando el cumplimiento de las sanciones en el marco de respeto de los derechos fundamentales de la población penal, conforme las exigencias de un Estado constitucional.*

*No se presenta una propuesta transformadora del Sistema Penitenciario Nacional actual toda vez que la limitación de tiempo y la resistencia y falta de espacios institucionales dentro del Ministerio de Justicia y Paz imposibilitan ese objetivo. En todo caso, no se considera esa una necesidad urgente toda vez que se cuenta con una estructura y organización administrativa que es importante rescatar, aunado a una normativa de rango meramente reglamentario que sí se hace necesario unificar y condensar para darle coherencia y rango legal, subsanando sí sus disfunciones y procurando la promoción de una política penitenciaria de género, la adecuada atención de toda la población y la especial atención de sus sectores más vulnerables –mujeres, jóvenes adultos, adultos mayores, discapacitados, etc.- así como la ampliación de las vías de acceso a la justicia y el fortalecimiento de la intervención del Ministerio Público y de la víctima en la fase de*

*ejecución. Se pretende además dar cumplimiento a las obligaciones de Derecho Internacional de nuestro Estado con las exigencias de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos; las Reglas para el tratamiento de las Reclusas y medidas no privativas de libertad para mujeres delincuentes –Reglas de Bangkok- y las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad.*

*Se ha identificado las debilidades más importantes que afectan el Sistema Penitenciario Nacional (falta de criterios de clasificación, omisión de responsabilidad de otras agencias estatales, atención insuficiente para personas con problemas de drogodependencia y el hacinamiento carcelario) y se procura desde el texto legal soluciones específicas y eficaces para enfrentar las mismas y asegurar el cumplimiento de las sanciones garantizando la atención de las necesidades de la población penal y condiciones respetuosas de la dignidad humana.*

*El hacinamiento carcelario es el principal problema del Sistema Penitenciario Nacional y esa situación afecta todas sus funciones (atención técnica, seguridad, salud, convivencia, etc.), deslegitima el ejercicio estatal de la actividad punitiva pues atropella los más elementales derechos humanos de la población penal y pone en riesgo el control y el orden de nuestras prisiones. Hasta ahora los mecanismos nacionales de control no han tenido la capacidad de asegurar una solución a esa situación y nos enfrentamos a una eventual responsabilidad de derecho internacional por lo que se considera oportuno y necesario por todos los actores intervinientes en el proceso de elaboración de esta propuesta –jueces, defensores, fiscales y administradores- la intervención directa y responsable del legislador diseñando mecanismos imperativos que sin generar impunidad permitan resolver en definitiva el problema y asegurar el efectivo respeto de los límites del poder del castigo en un Estado de Derecho –el legislador debe asegurar que las cárceles se sometan al Derecho y nunca el Derecho ajustarse a la realidad de las prisiones-.*

*Una política estatal de seguridad ciudadana no es efectiva si se limita al mero encierro de las y los infractores. Se requiere asegurar condiciones mínimas necesarias así como la atención profesional de esa población, comprendiendo que nuestros presos y presas no son ciudadanos de segunda categoría y que la autoridad estatal tiene en la materia obligaciones específicas que atender.*

*Cárceles seguras y respetuosas de la dignidad y los derechos fundamentales no son una garantía solamente para las personas privadas de libertad sino para toda la ciudadanía pues cualquier puede caer en las prisiones, incluso siendo inocente”.*

Posteriormente, el doctor Roy Murillo realiza una adición al anterior oficio, para incorporar al texto del proyecto de ley lo siguiente:

Estimados Diputados y Diputadas:

En relación con la elaboración de un texto sustitutivo para el proyecto de Ley de Ejecución Penal, expediente N° 16789, omití en su oportunidad adicionar una propuesta

que venía consultándose por iniciativa del Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial, bajo la dirección de la Magistrada Doctora Doris Arias Madrigal.

El requerimiento es importantísimo pues es necesario brindar opciones para la rehabilitación de personas que han delinquido por problemas de adicciones. Se propone como una pena alternativa y aprovechando la coyuntura se procura una redacción idónea a la normativa que regula las sanciones.

Les solicito se sirvan adicionar al texto sustitutivo, en su numeral 261 –apartado de reformas- la propuesta de reformar el artículo 50 y adicionar el 58 bis del Código Penal para que en adelante quede así:

**“Artículo 50.- Las penas que este Código establece son:**

- 1) Principales:** prisión, extrañamiento, multa, inhabilitación y la prestación de servicios de utilidad pública.
- 2) Accesorias:** inhabilitación especial.
- 3) Penas alternativas:** prestación de servicios de utilidad pública, la multa y el internamiento para el Tratamiento en Drogas con Supervisión.

**Artículo 58 bis: Internamiento para el Tratamiento en Drogas bajo Supervisión**

*La sanción de internamiento para el Tratamiento en Drogas con Supervisión consiste en la incorporación de la persona sancionada al Programa de Tratamiento de Drogas para la atención biopsicosocial de adicciones a sustancias psicoactivas, bajo el aval y diagnóstico de tratamiento del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacopendencia en en coordinación con el Instituto Costarricense de Drogas, el Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial y el seguimiento del Programa de Atención en Comunidad del Ministerio de Justicia y Paz. La sanción podrá imponerse por el tribunal de sentencia de manera fundada, como pena alternativa a la privación de libertad, en los casos en que ésta no exceda de los cinco años y la persona brinde su consentimiento expreso, se acredite el aval del Programa correspondiente y el hecho o hechos delictivos estén relacionados directamente con una situación personal de drogodependencia o síndrome de abstinencia. El programa nunca podrá exceder del plazo de la pena principal y en caso que oportunamente y por recomendación del mismo responsable de programa, se autorice el no internamiento, la persona seguirá sujeta a los respectivos controles hasta el vencimiento del plazo original. En caso de incumplimiento del programa de tratamiento en drogas, la autoridad judicial ordenará el cumplimiento de la pena principal sin que aplique a la misma el periodo de tiempo durante la pena alternativa”.*

En virtud de lo anterior, los (as) suscritos (as) diputados (as), miembros de la Comisión de Seguridad y Narcotráfico de la legislatura 2013-2014, hemos acordado presentar este texto como una nueva iniciativa, por lo que sometemos a consideración de las señoras diputadas y los señores diputados el presente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA  
DECRETA:

**LEY DEL SERVICIO PENITENCIARIO NACIONAL Y DE ACCESO  
A LA JUSTICIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA PENA**

**TÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I  
Ámbito de aplicación**

**ARTÍCULO 1.- Ámbito de aplicación.** La presente ley regula la ejecución de la privación de libertad, sanciones penales y medidas de seguridad previstas en el Código Penal y leyes especiales, impuestas por los tribunales de justicia, conforme las disposiciones constitucionales y legales, así como las vías de acceso a la justicia para esa población y la intervención de los juzgados de ejecución de la pena y otras autoridades judiciales. Se aplicará a los sentenciados, indiciados, apremiados, contraventores y personas sujetas a procedimientos de extradición, entre quienes se promoverá su participación en los procesos de atención profesional de sus vulnerabilidades personales y aquellos otros que se consideren necesarios para el desarrollo de destrezas y habilidades para una vida responsable en comunidad.

**CAPÍTULO II  
Principios generales y responsabilidad de las instancias administrativas**

**ARTÍCULO 2.- Principio de legalidad.** La actividad de la administración penitenciaria se desarrollará conforme lo establecido por la ley y en el marco de respeto a la Constitución Política, las normas de Derecho internacional y las resoluciones judiciales. A ninguna persona se hará sufrir limitación alguna de sus libertades o derechos mientras no proceda directamente de la naturaleza de la pena o medida impuesta por autoridad judicial.

**ARTÍCULO 3.- Irretroactividad de la ley.** Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán retroactivamente solo en los casos en que beneficie a la persona privada de libertad o sancionada.

**ARTÍCULO 4.- Interpretación.** Esta ley no se interpretará de forma extensiva ni se integrará de forma analógica en contra de los derechos de la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 5.- Finalidad de la ejecución penal.** La finalidad de la ejecución de las penas es asegurar su cumplimiento y procurar la inclusión de la persona a su comunidad a través de los procesos de atención profesional, dirigidos a brindarle insumos para el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan mejorar su autopercepción y ser capaz de incorporar un plan de vida sin delinquir.

Se procurará limitar la institucionalización a los casos necesarios y promover las posibilidades de inclusión anticipada al medio comunitario. Todas las instituciones estatales y

organismos públicos responsables de prestaciones sociales, en coordinación con la Dirección General de Adaptación Social, deben atender con especial atención e interés las demandas y necesidades de la población penal.

**ARTÍCULO 6.- Sanción privativa de libertad.** La sanción privativa de libertad consiste en la restricción de la libertad ambulatoria de la persona, la que puede darse en diferentes grados según las características, situación jurídica y evolución de la persona, dentro de los diferentes programas del Servicio Penitenciario Nacional, para su custodia y atención.

**ARTÍCULO 7.- Principio de imparcialidad y transparencia.** Las normas contenidas en esta ley serán aplicadas de forma objetiva y sin discriminación en razón de raza, género, preferencia sexual, idioma, religión, condición o cualquier otra circunstancia. La administración penitenciaria deberá atender con especial atención los sectores más vulnerables de la población penal asegurando el desarrollo de una política de género, el respeto al principio de interés superior del niño y la atención especial de la población joven adulta y adulta mayor.

El Servicio Penitenciario Nacional establecerá sus propios medios de inspección y control y facilitará las inspecciones externas de jueces, organizaciones nacionales como el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, la Defensoría de los Habitantes y organismos internacionales como el Sub Comité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

**ARTÍCULO 8.- Respeto a la diversidad cultural.** Al aplicar los procedimientos establecidos en esta ley a alguna persona perteneciente a un grupo culturalmente diferenciado, deberá tomarse en consideración sus costumbres y sus normas de referencia. En el caso de personas pertenecientes a pueblos indígenas o extranjeros que no comprenden plenamente el idioma español deberá traducirse sus planes de atención, valoraciones, instrucciones y órdenes, por escrito o a través de un intérprete.

**ARTÍCULO 9.- Procedimientos en caso de personas indígenas.** En todas las fases del proceso penal deberá respetarse a las personas pertenecientes a pueblos indígenas el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que estas no sean incompatibles con los derechos humanos.

La aplicación de lo dispuesto en el párrafo anterior no deberá impedir a los miembros de los pueblos indígenas ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

La Autoridad Penitenciaria deberá coordinar con los tribunales de Derecho consuetudinario y las demás autoridades competentes de los territorios indígenas sobre las condiciones de ejecución de penas impuestas a personas pertenecientes a estos pueblos.

**ARTÍCULO 10.- Trato respetuoso de la dignidad humana.** A toda persona privada de libertad se le tratará con pleno respeto a su integridad física, psíquica y moral, su dignidad humana, derechos y garantías fundamentales conforme nuestra Constitución Política, instrumentos internacionales sobre derechos humanos y normativa nacional.



**ARTÍCULO 11.- Prácticas prohibidas.** Se prohíbe la tortura, el trato cruel o inhumano, el maltrato, así como la aplicación automática de las sanciones disciplinarias, las penas corporales, el encierro en celda oscura o sin acceso a servicios básicos, las sanciones colectivas, la restricción total de contacto con la familia, la privación de relaciones sexuales, la reducción total o parcial de alimentos, la supresión de acceso a procesos de atención profesional y todo procedimiento vejatorio de la persona sometida a privación de libertad.

El cumplimiento de la privación de libertad bajo hacinamiento crítico constituye un trato cruel y consecuentemente es prohibido. Cada dormitorio deberá indicar a la vista pública el espacio máximo de su capacidad de alojamiento, garantizando una cama, un armario o cajón para artículos personales y el espacio suficiente por persona privada de libertad.

Se prohíbe el trabajo forzoso y la dinámica de la vida bajo privación de libertad deberá asegurar un descanso nocturno de al menos ocho horas diarias.

## **TÍTULO II SERVICIO PENITENCIARIO NACIONAL**

### **CAPÍTULO I Autoridades administrativas responsables**

**ARTÍCULO 12.- Autoridades administrativas.** La Dirección General de Adaptación Social y el Instituto Nacional de Criminología son las autoridades responsables de asegurar la custodia y atención de la población penal para el cumplimiento de las medidas privativas de libertad y otras sanciones, bajo el control de legalidad y vigilancia del tribunal y los juzgados de ejecución de la pena. Esta función de la autoridad administrativa es indelegable y debe desarrollarse a través de un servicio público de carácter civil.

La Dirección General en coordinación con el Instituto Nacional de Criminología deberá proyectar anualmente las tasas de crecimiento de la población penal y demandar y asegurarse los recursos necesarios para su debida atención.

**ARTÍCULO 13.- Celebración de convenios y responsabilidades institucionales.** Para la aplicación de la presente ley, la Dirección General de Adaptación Social, de oficio o a instancia del Instituto Nacional de Criminología, deberá celebrar convenios con los ministerios e instituciones públicas que tengan la obligación de atender necesidades específicas de la población penal u organizaciones no gubernamentales relacionadas con la materia, sujetándose a las disposiciones que la Constitución y la ley señalen.

El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Alcoholismo y Drogodependencia deberán asegurar la atención de la drogodependencia en todo el Servicio Penitenciario Nacional, en coordinación con la Dirección General de Adaptación Social, asegurar una clínica de desintoxicación dentro del programa institucional para población masculina y femenina y desarrollar programas de atención y rehabilitación en todos los espacios del Servicio Penitenciario Nacional.

La Caja Costarricense de Seguro Social, en coordinación con la referida Dirección, deberá asegurar la atención médica de la población penal y el funcionamiento de al menos un Hospital Nacional Penitenciario para la atención de la población penal dentro del Programa de Atención Institucional.

El Patronato Nacional de la Infancia tiene la obligación de tutelar los derechos de los niños y niñas que habiten en el programa institucional, asegurar su manutención ante la situación de desprotección que genera el encierro de la progenitora y garantizar su formación y educación.

El Ministerio de Educación Pública deberá garantizar el acceso a sus programas de estudios a la población penal, tanto institucionalizada como en otros programas de atención. Se procurará convenios con universidades públicas y privadas y el Instituto Nacional de Aprendizaje, para el desarrollo de programas educativos y de capacitación para la población penal.

El Instituto Mixto de Ayuda Social, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, el Consejo Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de las Mujeres, deberán coordinar con la autoridad penitenciaria para el desarrollo de programas de atención de las necesidades de la población penal que requiera sus servicios.

El Ministerio de Trabajo y la Dirección General de Adaptación Social deberán promover la ocupación laboral de la población penal tanto durante el cumplimiento de la pena como con posterioridad. En coordinación con el Ministerio de Hacienda deberán desarrollar proyectos estatales de ocupación e incentivos para el desarrollo de proyectos y ofertas de la empresa privada.

Cada una de estas instituciones deberá rendir un informe anual a la Defensoría de los Habitantes, sobre sus contribuciones y proyecciones para la atención de la población penal.

**ARTÍCULO 14.- Potestad de organizar.** La autoridad penitenciaria organizará el Servicio Penitenciario Nacional asegurando que las penas se cumplan efectivamente y dentro del marco de respeto a los derechos fundamentales.

En el caso de las personas privadas de libertad, se atenderá sus necesidades básicas y específicas, instándola a asumir su responsabilidad individual y social derivada de la acción delictiva cometida, favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades y procurando su inclusión en la comunidad.

El personal del Servicio Penitenciario Nacional será especializado y periódicamente capacitado, con especial énfasis en materia de derechos fundamentales, diversidad cultural, derechos de minorías, discapacidad, orientación sexual y género.

**ARTÍCULO 15.- Consejo de Política Penitenciaria.** El Consejo de Política Penitenciaria es un órgano de análisis y comunicación de la realidad institucional y su relación con el ámbito político nacional, encargado de definir la política penitenciaria y la evaluación del funcionamiento del Servicio Penitenciario Nacional. Está integrado de la siguiente manera:

- a) El ministro o ministra de Justicia, quien lo preside.
- b) El director o directora general.
- c) El director o directora técnico.

- d) El director o directora de la Policía Penitenciaria.
- e) Quienes el ministro considere pertinentes.

**ARTÍCULO 16.- Oficina Nacional de Relaciones Públicas y Divulgación.** La Dirección General de Adaptación Social tendrá una oficina responsable de comunicación con los medios y la sociedad civil. Deberá desarrollar programas para la formación y educación en el manejo de la información penitenciaria y campañas de información sobre la importancia del servicio social de la función penitenciaria y el funcionamiento de todos los programas de atención y las ventajas de los proyectos de inclusión social anticipada, las sanciones alternativas y el soporte comunitario.

**ARTÍCULO 17.- Premios nacionales.** La Dirección General de Adaptación Social, cada dos años rendirá reconocimiento público al mejor proyecto desarrollado por los consejos interdisciplinarios para la atención de la población penal. Se valorará la iniciativa, creatividad e innovación en la atención, el desarrollo de procesos o fórmulas novedosas o la mejora de los actuales y su impacto en la construcción de proyectos de vida socialmente responsables. También se reconocerá mérito al servidor penitenciario destacado por su dedicación, liderazgo, compromiso y espíritu de servicio.

De la misma manera, se reconocerá el mérito a personas, estudiantes universitarios, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones, instituciones o empresas públicas o privadas que desarrollen proyectos o investigaciones para la atención, inclusión o mejor calidad de vida de la población penal.

Anualmente, se reconocerá el mérito a una persona privada de libertad de la población sentenciada masculina y de la población femenina, de cada uno de los programas de atención, por su desenvolvimiento extraordinario, quienes de oficio serán valorados para efectos de un eventual indulto. Igualmente, se reconocerá los mejores promedios de los diferentes programas educativos y de capacitación.

En vía reglamentaria se regularán los requisitos y el procedimiento, así como la integración del Comité Evaluador.

**ARTÍCULO 18.- Instituto Nacional de Criminología.** El Instituto Nacional de Criminología es el órgano técnico de la Dirección General de Adaptación Social que emite los lineamientos sobre el servicio profesional de atención a la población penal ubicada en todos los programas y definirá la ejecución de la atención profesional. Este Instituto compone el Departamento Técnico de la Dirección General de Adaptación Social.

**ARTÍCULO 19.- Órganos de apoyo del Instituto Nacional de Criminología.** Para el cumplimiento de sus funciones el Instituto Nacional de Criminología cuenta con una Dirección, Subdirección, Secretaría Técnica, Supervisión Técnica, el Departamento de Cómputo de Pena, Archivo Penitenciario, equipo de asesoría penitenciaria, consejos técnicos interdisciplinarios, comisiones disciplinarias y direcciones de centros penitenciarios.

**ARTÍCULO 20.- Dirección del Departamento Técnico.** Las jefaturas nacionales de todas las secciones técnicas en el campo penitenciario, así como los directores de los centros penitenciarios en lo técnico, dependerán de la Dirección del Departamento Técnico.

**ARTÍCULO 21.- Secciones técnicas.** Son las disciplinas establecidas para brindar los servicios en los diferentes procesos orientados al cumplimiento de los fines legalmente asignados a la Dirección General de Adaptación Social y al Instituto Nacional de Criminología, en relación con la ejecución de las penas y medidas privativas de libertad.

La integran los profesionales y técnicos en Educación, Salud, Derecho, Trabajo Social, Orientación y Psicología y aquellas que la ley o los reglamentos determinen. Cada disciplina tendrá una jefatura nacional con representación ante el Instituto Nacional de Criminología. En los centros penitenciarios de mayor complejidad por su estructura, cada disciplina tendrá una coordinación.

**ARTÍCULO 22.- Directores nacionales de los programas de atención y oficinas especiales.** Cada uno de los programas de atención: institucional, semi institucional, en comunidad y de atención a la población penal juvenil estarán dirigidos por una Dirección Nacional, responsable de coordinar las políticas y el buen funcionamiento de cada Programa. Igualmente se contará con una oficina nacional especializada en materia de derechos de la población femenina, que trasverse la atención particular de esta población en todos los programas del Servicio Penitenciario Nacional y con un centro institucional especializado para la atención de la población penal adulta mayor, acorde con su condición etaria y con un módulo semi institucional que promueve el egreso y el involucramiento de su grupo familiar.

Los programas de atención semi institucional, en comunidad y penal juvenil, además de los profesionales técnicos responsables, contarán con un grupo de oficiales de seguimiento, encargados de constatar en comunidad el cumplimiento efectivo de los beneficios penitenciarios, judiciales y las penas alternativas.

**ARTÍCULO 23.- Dirección de centros penitenciarios.** Cada centro penitenciario tendrá un director o directora profesional responsable encargado de la coordinación administrativa y técnica. La Dirección General podrá disponer el nombramiento de una subdirección en los centros penitenciarios cuya complejidad y estructura organizativa lo requiera, así como el nombramiento de directores de ámbitos cuando dentro del centro se establezca una independencia entre los mismos.

## **CAPÍTULO II**

### **Programas de atención y modalidades de cumplimiento de las sanciones penales**

**ARTÍCULO 24.- Definición.** Los programas de atención del Servicio Penitenciario Nacional, son las unidades técnicas y administrativas que agrupan a diversos centros penitenciarios y oficinas especializadas, de acuerdo con criterios técnicos diferenciados, para el desarrollo de la custodia y atención de la población designada.

Para el cumplimiento de la privación de libertad y sanciones penales impuestas a personas adultas, existen los programas de atención institucional, semi institucional y en comunidad. Las personas menores de edad serán atendidas por el Programa de Atención para la Población Penal Juvenil.

La Dirección General de Adaptación Social podrá autorizar la participación y colaboración en los procesos de ejecución penal por parte de programas de justicia restaurativa u

organizaciones responsables no gubernamentales sin fines de lucro, bajo su monitoreo y control. La población penitenciaria que se ubique bajo esos programas alternativos deberá consentir su participación y someterse a las reglas y exigencias propias del proyecto.

**ARTÍCULO 25.- Caracterización.** Los programas de atención tendrán características diferenciadas en cuanto a las modalidades de ejecución de la pena privativa de libertad.

La modalidad de ejecución de la pena está determinada por la situación jurídica de la persona privada de libertad, objetivos del Plan de Abordaje Profesional y la capacidad de la persona, de cumplir ese plan en espacios de mayor o menor contención física-técnica y con diferentes grados de interacción con el medio familiar, laboral y comunitario.

**ARTÍCULO 26.- Integración.** Cada programa de atención estará integrado por un equipo de personal profesional, técnico, administrativo y de seguridad para la atención de la población privada de libertad, bajo la coordinación técnica y administrativa de su Dirección Nacional.

**ARTÍCULO 27.- Estrategia metodológica para la atención de la población penal en cada programa.** La estrategia metodológica de cada programa comprende el desarrollo de acciones de atención en tres fases:

- a) **Ingreso:** revisión de legalidad del ingreso y necesidades de atención.
- b) **Acompañamiento:** ejecución del proceso de atención técnica.
- c) **Egreso:** preparación para la desinstitucionalización y revisión de la legalidad de la salida.

Las acciones que conforman cada una de estas fases serán determinadas vía reglamento.

**ARTÍCULO 28.- Programa de Atención Institucional.** El Programa de Atención Institucional atiende y custodia a la población adulta a la orden de autoridad judicial con medida cautelar de prisión preventiva, sujeta a procesos de extradición y personas contra quienes se ha dictado apremio corporal por pensión alimentaria y población sentenciada a la orden del Instituto Nacional de Criminología.

Su principal característica es la contención física y la atención profesional de las personas ahí ubicadas. En lo técnico dependerá del director del Departamento Técnico y administrativamente del director general de Adaptación Social.

**ARTÍCULO 29.- Criterios de clasificación de la población en el Programa de Atención Institucional.** La clasificación y ubicación de la población del Programa de Atención Institucional respetará una división por género. Las personas indiciadas estarán separadas de las sentenciadas con resolución firme y en ambas poblaciones se debe separar a las personas sin antecedente penal de las que sí presentan juzgamientos. Solo por autorización del Instituto Nacional de Criminología una persona con prisión preventiva podrá ser ubicada en un centro para sentenciados, por razones de seguridad o por incapacidad de la persona de respetar las normas de convivencia.

La población adulta mayor, los adultos jóvenes -menores de 21 años-, personas sentenciadas por delitos culposos y la población con alguna grave enfermedad física o mental que

le genere vulnerabilidad deberán ser ubicadas en espacios carcelarios especialmente previstos para atender sus necesidades.

**ARTÍCULO 30.- Finalidad.** La finalidad del Programa de Atención Institucional es asegurar la custodia de las personas sujetas a medida cautelar restrictiva de libertad, así como la ejecución las penas privativas de libertad impuestas a personas adultas, en el marco de respeto de sus derechos fundamentales y la atención profesional de sus necesidades.

**ARTÍCULO 31.- Condiciones de infraestructura del Programa de Atención Institucional.** Las condiciones de vida de la persona privada de libertad en este programa de atención deberán tener como referencia la vida en libertad y reducir al máximo los efectos negativos de la segregación. Los centros para la custodia de la población penal deberán reunir condiciones idóneas de higiene, iluminación natural y ventilación, protección para las condiciones del clima, dormitorios, duchas y servicios sanitarios suficientes y con la privacidad necesaria, lavandería, espacios para comedor, peluquería, acceso a biblioteca y zona de lectura, zona deportiva y recreativa, patio, espacio para área ocupacional, talleres, actividades grupales y estudio, zona para recepción de visita general, dormitorios para visita íntima, espacios para la atención de servicios técnicos, profesionales y asesoría legal y las instalaciones adicionales que sean necesarios para la organización idónea de la dinámica del Servicio Penitenciario Nacional.

Siempre la población tendrá acceso a agua potable y se prohíbe fumar salvo en las zonas abiertas marcadas específicamente al efecto.

Los centros para la custodia de población femenina deberán estar diseñados considerando sus características y condiciones de género. Igualmente, los centros para la población adulta mayor se ajustarán al perfil de esa población y necesidades especiales.

**ARTÍCULO 32.- Objetivos del programa.** Los objetivos encomendados a este programa son los siguientes:

- a) Desarrollar acciones y estrategias que permitan incrementar las potencialidades de las personas privadas de libertad mediante la atención técnica profesional, con el fin de facilitar su inclusión a su medio familiar y comunal.
- b) Velar para que se mantenga el flujo de población penal de conformidad con las necesidades de contención física, según las características de la población y la capacidad de cada centro penal, a efectos de mantener un equilibrio en los diversos establecimientos del programa.
- c) Sistematizar los datos referidos a la población penal que ingresa al programa, con el propósito de tener una base de información actualizada y útil para las proyecciones institucionales.

**ARTÍCULO 33.- Centros del Programa Institucional.** El Programa de Atención Institucional tendrá centros de atención en todo el territorio nacional, según reglamentariamente se disponga. Existirán centros de recepción para la población indiciada y para la población sentenciada. Deberán existir centros exclusivos para la ubicación de personas con prisión preventiva y en las zonas que no sea factible se les ubicará en centros para personas sentenciadas pero en un espacio o ámbito exclusivo e independiente.

En estos centros podrán habilitarse espacios de máxima seguridad, conforme el régimen regulado vía reglamentaria.

El director nacional de este programa es el encargado de la coordinación entre los diferentes centros y le corresponderá definir los traslados de la población respetando la capacidad de cada centro y procurando asegurar la ubicación de la persona cerca de su núcleo familiar o socio comunal.

**ARTÍCULO 34.- Relación con el Poder Judicial.** El Programa Institucional es el responsable de la recepción directa de las personas sujetas al cumplimiento de las penas y medidas privativas de libertad dictadas por las autoridades competentes, con el seguimiento y acompañamiento de estas medidas por parte de dichas autoridades.

Es potestad exclusiva de la administración penitenciaria el ubicar, ordenar y trasladar a las personas privadas de libertad entre centros del mismo programa de atención y mantener su control conforme la clasificación de los establecimientos carcelarios, conforme los procedimientos, requisitos legales y la valoración técnica del caso; sin perjuicio del control judicial correspondiente.

**ARTÍCULO 35.- Programa de Atención Semi-Institucional.** El Programa de Atención Semi Institucional atiende y controla el plan de ejecución penal de las personas privadas de libertad sentenciadas, con una modalidad de ejecución de la pena en condiciones de menor contención física y con el soporte comunal. Para la población penal sin recurso externo idóneo o suficiente se desarrollarán proyectos alternativos que faciliten su paulatina desinstitucionalización y para la población femenina que así lo solicite, las labores domésticas o el cuidado de hijos o hijas o personas dependientes en su domicilio, se avalarán como opciones laborales cuando sean reales y necesarias.

**ARTÍCULO 36.- Objetivo del Programa Semi Institucional.** El principal objetivo de este programa es desarrollar acciones de atención profesional, seguimiento y control personal, comunitario y laboral sobre la población beneficiada, con la participación activa de las redes de apoyo socio-comunitario. Se caracteriza por la interacción directa de la persona privada de libertad con el medio familiar, laboral y comunitario, favoreciéndose su permanencia en el medio social y el desarrollo de insumos personales y comunitarios para el desarrollo de un plan de vida con responsabilidad.

**ARTÍCULO 37.- Población atendida.** El Programa Semi Institucional atiende población adulta, masculina y femenina beneficiada con el cambio de programa otorgado por el Instituto Nacional de Criminología y avalado por la autoridad judicial competente, la que al aprobar la modificación de modalidad de cumplimiento podrá ordenar las medidas que considere necesarias para asegurar el cumplimiento de la pena y la permanencia de la persona en territorio nacional.

**ARTÍCULO 38.- Modalidades de pernoctación.** El Instituto Nacional de Criminología es el órgano competente para regular las modalidades de pernoctación de la población penal ubicada en el Programa Semi Institucional.

La regularidad de la pernoctación será definida mediante reglamento y solo por orden judicial se autorizará la no pernoctación o presentación en horario diurno, a instancia del Consejo

interdisciplinario, en los casos que técnicamente se concluya que resulta favorable para su inclusión social.

**ARTÍCULO 39.- Vínculos e Interacción con redes de apoyo.** El Programa de Atención Semi Institucional se caracteriza por el establecimiento de una red de interacción con las instituciones públicas y privadas, organizaciones y grupos de autoayuda comunitarios, con la finalidad de movilizar recursos de apoyo para favorecer los procesos de atención, seguimiento y asistencia social de la población beneficiada.

**ARTÍCULO 40.- Programa de Atención en Comunidad.** Este programa, además de las funciones que le otorga el Código Procesal Penal para las medidas alternativas al procedimiento, es responsable de controlar, monitorear y dar seguimiento a las condiciones de cumplimiento de las personas sujetas a medidas de seguridad no privativas de libertad, libertad condicional, incidente de enfermedad, suspensión condicional de la pena con condiciones específicas y sanciones penales alternativas.

**ARTÍCULO 41.- Relación con instituciones vinculadas y de apoyo.** Este programa se caracteriza por la no institucionalización de la población adscrita, así como la atención por parte de las instituciones públicas y organizaciones de la comunidad.

Su personal debe facilitar la atención de la población en coordinación con entes comunitarios y desplegará acciones tendientes a la sensibilización, movilización y organización de la comunidad.

**ARTÍCULO 42.- Programa de Atención a la Población Penal Juvenil.** Este programa atiende, custodia y controla el plan de ejecución penal de las personas sometidas a la justicia penal juvenil.

**ARTÍCULO 43.- Atención penitenciaria especializada.** La atención penitenciaria en este programa deberá realizarse teniendo como base el principio de especificidad e especialización en materia de ejecución penal juvenil.

**ARTÍCULO 44.- Finalidad.** Corresponde al Programa de Atención a la Población Penal Juvenil asegurar el cumplimiento de la detención provisional y las sanciones penales juveniles, garantizando la integridad física, moral y emocional de su población y promoviendo su desarrollo personal y sentido de la responsabilidad para facilitar su inserción en el ámbito comunitario.

**ARTÍCULO 45.- Conformación del Programa de Atención a la Población Penal Juvenil.**

Este programa, está conformado por:

- a) La Dirección Nacional del Programa de Atención a la Población Penal Juvenil.
- b) Centro o centros de internamiento para personas menores de edad.
- c) Centro o centros de internamiento para la persona adulta joven.
- d) Oficina de oportunidades juveniles.
- e) Oficina de sanciones alternativas.



La Dirección General de Adaptación Social, en coordinación con la Dirección del Programa de Atención a la Población Pena Juvenil, definirá vía reglamentaria el establecimiento y funcionamiento de los diferentes centros para la población penal juvenil.

#### **ARTÍCULO 46.- Funciones de la Dirección del Programa de Atención a la Población Penal Juvenil**

A la Dirección de este programa le corresponde ejecutar las siguientes funciones.

- a) Representar a la institución en todos los espacios en los cuales se revisa la temática de niñez y adolescencia.
- b) Dirigir y supervisar todas las acciones técnicas y administrativas que garanticen el adecuado cumplimiento de los objetivos de las sanciones impuestas a la población remitida.
- c) Supervisar el trabajo de los equipos técnicos interdisciplinarios a su cargo.
- d) Emitir lineamientos al interior del programa.
- e) Participar en todos los espacios de trabajo, capacitación, coordinación, etc. al interior de la Dirección General de Adaptación Social, o donde así se requiera.
- f) Rendir informes periódicos a las autoridades penitenciarias, a los tribunales de justicia y a otras instancias que así lo soliciten.
- g) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la ejecución, contemplados en la Ley de Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles.

**ARTÍCULO 47.- Oficina de Sanciones Alternativas.** En este programa se atiende a personas jóvenes, hombres y mujeres, remitidas por los diferentes juzgados penales juveniles del país, o juzgados de ejecución de las sanciones penales juveniles, a quienes se les impuso una sanción no privativa de libertad , principalmente sanciones socioeducativas y órdenes de orientación y supervisión, así como internamiento domiciliar y en tiempo libre.

La modalidad de atención es ambulatoria y las personas jóvenes se presentan a la oficinas del Programa de Sanciones Alternativas correspondiente, debiendo asegurar la atención de esta población en lugares cercanos a su comunidad.

**ARTÍCULO 48.- Centro o centros de Internamiento para personas menores de edad.** Es la instancia responsable de brindar atención profesional a las personas privadas de libertad de ambos sexos, mayores de doce años y menores de dieciocho años en condición de internamiento provisional o con sentencia condenatoria.

**ARTÍCULO 49.- Centro especializado en la Atención de la Persona Adulta Joven.** Es el centro de internamiento para la custodia y atención de las personas jóvenes mayores de dieciocho años que cometieron el delito siendo menores de edad.

**ARTÍCULO 50.- Oficina de Oportunidades Juveniles.** La función de la Oficina de Oportunidad Juveniles es facilitar el trabajo de los demás componentes del programa, a través del establecimiento de alianzas estratégicas con instancias públicas y privadas, que permitan concretar programas, proyectos y servicios para favorecer la restitución de derechos a la población penal juvenil.

**ARTÍCULO 51.- Motivos de egreso.** La persona joven podrá egresar de este programa por orden de libertad del tribunal o juez competente, en los casos de:

- a) Modificación de la sanción alternativa por un internamiento.
- b) Vencimiento de la detención provisional.
- c) Cumplimiento de la sanción de internamiento impuesta.

**TÍTULO III**  
**DERECHOS Y DEBERES DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD**

**CAPÍTULO I**  
**Derechos de las personas privadas de libertad**

**ARTÍCULO 52.- Respeto a la dignidad humana y sujeto de derechos.** La persona privada de libertad es sujeto de derechos y ciudadano o ciudadana de la comunidad, con la única restricción a los derechos que limite la sentencia y las demás incompatibles con la reclusión o necesarias para asegurar la misma. Además, gozará de las garantías particulares y derechos que se derivan de su permanencia en el Servicio Penitenciario Nacional, recibiendo un trato siempre respetuoso de su dignidad humana.

Por orden de la Dirección de Adaptación Social podrá suspenderse el ejercicio de derechos únicamente en caso de motín o situaciones de emergencia, por el plazo mínimo necesario que garantice el control y manteniéndose vigente la obligación de garantizar la vida, dignidad e integridad física de la población.

**ARTÍCULO 53.- Derecho de defensa.** La persona privada de libertad tendrá derecho a contar con asesoría legal durante todas las fases del cumplimiento de la pena y a tener representación legal en los procedimientos de ejecución penal, así como a ser escuchada e informada por parte de las autoridades estatales de su situación jurídica penal y penitenciaria y conocer el contenido de la información que conste en su expediente administrativo y judicial, con las salvedades de ley.

**ARTÍCULO 54.- Derecho de petición.** Toda persona privada de libertad tiene derecho a dirigir peticiones o quejas a las autoridades públicas competentes, internas o externas al Servicio Penitenciario Nacional y recibir respuesta oportuna.

Se prohíbe la toma de persecución o represalias de la población penal por el reclamo o ejercicio de sus derechos.

Las gestiones o quejas que presente la población penal ante la autoridad penitenciaria para el conocimiento de la autoridad judicial, deberán remitirse en el plazo de tres días al juzgado competente. Del recibido en vía administrativa y la remisión a la autoridad judicial, se entregará constancia a la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 55.- Derecho a la salud.** Toda persona privada de libertad tiene derecho a recibir atención a su salud -acceso a atención médica general, psiquiátrica, psicológica, odontológica, tratamiento médico apropiado y gratuito- y a una alimentación nutricionalmente suficiente y adecuada a sus necesidades particulares, la que también podrán suministrarse por sus propios medios. Tendrán derecho a ser asistidos por médicos particulares o instituciones privadas a su costo, previo dictamen favorable del médico del centro y de la autoridad técnica administrativa. La población penal tendrá la cobertura de la seguridad social del Estado y la misma se extiende a su grupo familiar conforme las disposiciones legales vigentes.

Dispondrán de al menos una hora de ejercicio físico al aire libre, participando de programas deportivos y recreativos.

Las personas con alguna discapacidad, con enfermedades infectocontagiosas, portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida o enfermedades en etapa terminal deberán recibir especial atención en procura de la neutralización de los factores que acorten su vida. La persona en estado terminal tiene derecho a ser desinstitucionalizado de tal forma que pueda tener una muerte digna cerca de sus familiares o amigos.

La información médica será confidencial y los servicios se prestarán respetando su autonomía y bajo consentimiento informado.

En todo centro penitenciario del Programa de Atención Institucional deberá existir servicio médico y el mismo además de la atención a la población penal realizará inspecciones regulares e informes para la Dirección del centro, sobre las condiciones de vida, higiene y alimentación de la población.

**ARTÍCULO 56.- Derecho a la comunicación con las instancias.** La persona privada de libertad tiene derecho a mantener una comunicación directa con las diferentes instancias que participan en su valoración profesional y a ser informada por escrito y verbalmente, sobre los acuerdos que el Consejo Interdisciplinario, el Instituto Nacional de Criminología, otros órganos colegiados y autoridades de la Administración Penitenciaria emitan en relación con su situación.

**ARTÍCULO 57.- Comunicación de ingreso y egreso.** La persona privada de libertad tendrá derecho a informar de su ingreso o egreso a su familia, a su abogado o abogada o al representante diplomático de su país. Tratándose de traslados, tendrá derecho a que se le informe de los mismos en forma previa a su ejecución y se informará a su grupo familiar o de apoyo.

**ARTÍCULO 58.- Acceso a leyes, reglamentos y otras disposiciones.** Toda persona privada de libertad tendrá acceso a las leyes, reglamentos y disposiciones generales emitidas por las autoridades competentes que regulen la ejecución de las medidas privativas de libertad. Al ingresar a los programas del Servicio Penitenciario Nacional tendrá derecho a recibir información escrita y verbal sobre la dinámica del centro, sus derechos y obligaciones, normas disciplinarias y el procedimiento para presentar reclamos o quejas ante las autoridades internas, los tribunales de justicia u otras instituciones.

**ARTÍCULO 59.- Derecho a la comunicación.** La persona privada de libertad tiene derecho a comunicarse al exterior mediante correspondencia y teléfonos públicos instalados en el centro u otros medios que vía reglamento se autorice.

**ARTÍCULO 60.- Derecho a la visita general y extraordinaria.** Toda persona privada de libertad tendrá derecho a la recepción de visitas ordinarias y extraordinarias, en instalaciones adecuadas al efecto distintas al espacio en que habitan, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias vigentes. La visita de hijos menores de edad a sus progenitoras y la visita a personas adultas mayores se regulará por disposiciones específicas garantizando mayor contacto y acceso.

El ingreso a visita de menores de edad requerirá de un acompañante adulto responsables, sin perjuicio de autorizaciones especiales en caso de falta de contactos en el exterior o situaciones extraordinarias.

**ARTÍCULO 61.- Derecho a la información.** Toda persona privada de libertad tendrá derecho a

poseer un radio receptor y acceso a periódicos, libros, revistas y otros medios de comunicación. Igualmente, y por razones de estudio podrá autorizarse el uso de procesadores o computadora, conforme la reglamentación correspondiente.

**ARTÍCULO 62.- Derecho a la visita íntima.** La persona privada de libertad en un centro del Programa Institucional tendrá derecho a recibir visita íntima, independientemente de su orientación sexual, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias. Deberá asegurarse esta visita además entre la población privada de libertad de diferentes centros penitenciarios del Programa Institucional.

**ARTÍCULO 63.- Derecho a la educación, formación y ocupación.** La persona privada de libertad tendrá derecho a la educación, a realizar actividades de formación, ocupación y capacitación, sin más limitaciones que las derivadas de su situación personal e institucional. Estas actividades serán consideradas como componentes esenciales en la configuración del Plan de Acciones Inmediatas y de Abordaje Profesional.

Es obligación de la autoridad penitenciaria asegurar acceso a la educación y formación de las personas analfabetas e incentivar a los adultos jóvenes para su incorporación a programas educativos, así como atender las necesidades especiales y diversidad cultural.

La Dirección General de Adaptación Social deberá garantizar la ocupación plena de la población penal y reducir el efecto nocivo del ocio penitenciario.

La población ubicada en proyectos ocupacionales remunerados estará cubierta por normas de salud ocupacional y cobertura de riesgos, accidentes o enfermedades profesionales similares a los que protegen a la población laboralmente activa, con cobertura de indemnización y atención médica.

**ARTÍCULO 64.- Derecho a la integración familiar y comunal.** Toda persona privada de libertad tiene derecho a la interrelación con su familia, recursos sustitutos o de apoyo comunitario sin más limitaciones que las estrictamente necesarias.

**ARTÍCULO 65.- Libertad de pensamiento, de conciencia y religión.** Se respetará la libertad de pensamiento, conciencia y religión de la persona privada de libertad y el Programa de Atención Institucional facilitará espacios para la reunión y la práctica religiosa, así como la visita de organizaciones y líderes o representantes religiosos.

**ARTÍCULO 66.- Derecho a actividades recreativas, deportivas, culturales y el arte.** El Servicio Penitenciario Nacional, en todos sus programas de atención, desarrollará proyectos de acceso a actividades recreativas, deportivas, culturales y el arte. Procurará el desarrollo de habilidades sociales de la persona privada de libertad a través del estímulo de sus habilidades artísticas o deportivas -talleres o grupos de teatro, pintura, cine, danza, música, escritura, escultura, deporte, etc.

**ARTÍCULO 67.- Derecho a la organización.** Toda persona privada de libertad podrá organizarse para fines lícitos que contribuyan a desarrollar sus potencialidades y sus aptitudes culturales, educativas, deportivas, espirituales y artísticas; a asumir roles y responsabilidades sociales, siempre que su ubicación y situación lo permitan. La Dirección de cada centro penitenciario o ámbito en los casos que el mismo cuente con su propio Consejo Interdisciplinario, organizará a las personas privadas de libertad para la constitución de un Comité de Internos que represente a su población ante las diferentes instancias, conforme la reglamentación correspondiente.

**ARTÍCULO 68.- Derecho a la adecuada convivencia y protección de la integridad personal.** La persona privada de libertad tiene derecho a convivir en un ambiente adecuado para la vida en común, sin más limitaciones que las estrictamente necesarias. El Servicio Nacional Penitenciario garantizará la protección a la vida e integridad física de la población penal y visitantes. El uso de la fuerza se limitará a situaciones excepcionales de legítima defensa, tentativa de evasión o resistencia por la fuerza y será la mínima necesaria, útil y proporcional a las circunstancias del caso.

#### **ARTÍCULO 69.- Traslados de las personas privadas de libertad**

Los traslados de las personas privadas de libertad se realizarán de una forma que respete su dignidad y derechos, sin exponerle en la medida de lo posible a la curiosidad del público. Para el traslado de personas menores de edad, población femenina, población adulta mayor o personas con limitación física o grave enfermedad, los reglamentos o protocolos correspondientes tendrán regulaciones específicas considerando sus necesidades y condiciones especiales. La población femenina será trasladada por personal exclusivamente femenino.

**ARTÍCULO 70.- Derecho a recibir atención profesional.** La persona privada de libertad tiene derecho a recibir la atención profesional que necesite según sus vulnerabilidades e intereses y conforme lo disponga su plan de atención, de forma individualizada mediante atención profesional personal o grupal según las circunstancias del caso, respetándose su libre autodeterminación y derechos fundamentales.

**ARTÍCULO 71.- Derecho a incorporarse a procesos de atención a la drogodependencia.** La persona privada de libertad, indiciada y sentenciada, tiene el derecho de incorporarse a procesos para la atención de drogodependencia, incluida una fase de desintoxicación cuando así se consienta y se considere necesaria. Estos programas serán desarrollados por el Instituto de

Alcoholismo y Farmacodependencia en coordinación con la Dirección General de Adaptación Social.

## **CAPÍTULO II**

### **Deberes de las personas privadas de libertad**

#### **ARTÍCULO 72.- Deber de respeto a los bienes jurídicos fundamentales**

Toda persona privada de libertad debe respetar la vida, la salud, la integridad física y moral, la seguridad y las pertenencias de sus compañeros, compañeras, personal del centro y visitantes.

**ARTÍCULO 73.- Deber de convivencia adecuada.** Las personas privadas de libertad deben mantener relaciones de respeto, disciplina y buen trato, facilitadoras de una adecuada convivencia. Deben respetar los horarios, el descanso, las actividades programadas por el Sistema y los momentos de recreación de la población penal.

**ARTÍCULO 74.- Deber de conservación de las instalaciones.** Toda persona privada de libertad debe velar por el orden, aseo y conservación de las instalaciones y bienes de la institución en donde se encuentren ubicados o sean atendidos.

**ARTÍCULO 75.- Deber de aseo personal.** Las personas privadas de libertad deberán cuidar su aseo e higiene personal, de forma que no se provoque riesgo a la salud de la colectividad.

**ARTÍCULO 76.- Deber de depositar valores.** Toda persona privada de libertad tendrá la obligación de depositar bajo la custodia de la administración del centro sus objetos de valor y dinero efectivo, de conformidad con lo establecido en las disposiciones reglamentarias. En el caso de depósitos de dinero, se mantendrá un registro de los formularios, del cual se dará una copia a la persona privada de libertad. La administración implementará el debido control mediante registros de los ingresos y egresos de dinero realizados por la persona privada de libertad para sus gastos.

Mediante reglamento se establecerá como monto máximo de disposición de dinero por mes para los privados de libertad el monto mayor que por incentivo salarial la administración le reconoce al privado de libertad por desarrollar actividades en los proyectos agropecuarios e industriales, el cual deberá ser entregado al privado de libertad, máximo en cuatro tractos mensuales, uno por semana.

Si el privado de libertad está incluido dentro de la planilla institucional y desea entregar el producto de su esfuerzo a un beneficiario lo podrá hacer mediante la autorización respectiva.

En caso de extranjeros que reciben sumas de dinero superiores a las permitidas, provenientes de la embajada respectiva o de visitas ocasionales, el dinero será trasladado a la Tesorería Institucional, quien girará mensualmente la suma permitida al privado de libertad.

**ARTÍCULO 77.- Objetos de uso y tenencia prohibida.** Las personas privadas de libertad no podrán tener consigo o usar:

- 1) Armas de cualquier clase.

- 2) Bebidas alcohólicas.
- 3) Drogas de cualquier tipo, alcohol o cualquier otra sustancia no autorizada.
- 4) Medicamentos prohibidos por el personal médico del centro penitenciario.
- 5) Dinero u objetos de uso personal valioso como joyas o análogos.
- 6) Libros o materiales que puedan causar riesgo a la seguridad institucional.
- 7) Los demás bienes y objetos que llegaren a prohibirse por reglamento.

En vía reglamentaria se definirán los objetos permitidos a la población penal con las especificaciones necesarias para la población femenina.

### **CAPÍTULO III**

#### **Régimen disciplinario de las personas privadas de libertad**

#### **Sección I**

##### **Disposiciones generales**

**ARTÍCULO 78.- Definición.** El procedimiento disciplinario se dirigirá a garantizar la seguridad, la convivencia ordenada, pacífica y estable en todos los establecimientos penitenciarios.

La población privada de libertad deberá observar y acatar las normas de conducta que determine esta ley y los reglamentos vigentes.

Las disposiciones contenidas en este capítulo serán aplicables a todos los privados y privadas de libertad ubicados en los diferentes programas de atención de adultos de la Dirección General de Adaptación Social.

**ARTÍCULO 79.- Fines del procedimiento y debido proceso.** El procedimiento disciplinario deberá respetar el debido proceso y se activa con la confección del reporte de seguridad. Su objetivo más importante es la verificación de la verdad real sobre los hechos y asegurar el orden, la seguridad y una buena convivencia. Las faltas disciplinarias prescriben en el plazo de un año.

**ARTÍCULO 80.- Interpretación de la normativa.** La potestad disciplinaria tendrá como parámetros:

- a) La atención integral de la persona privada de libertad.
- b) El abordaje técnico de los problemas de convivencia.
- c) La aplicación restrictiva de las sanciones previstas procurando implementar aquellas medidas correctivas que posibiliten la permanencia del privado o privada de libertad en el ámbito de convivencia y en el programa de atención que por sus características le corresponda.

Se procurará la aplicación de mecanismos alternativos o de justicia restaurativa para resolver los diferendos entre las personas privadas de libertad.

**ARTÍCULO 81.- Autoridad competente.** La determinación y ejecución de las sanciones previstas solo pueden ser aplicadas por la autoridad competente y de acuerdo al procedimiento disciplinario establecido por esta ley.

La aplicación del régimen disciplinario es competencia de la Comisión Disciplinaria de los



centros penales.

Cuando la sanción impuesta signifique una ubicación en un programa de mayor contención, la competencia corresponderá al Instituto Nacional de Criminología.

**ARTÍCULO 82.- Comisión Disciplinaria.** Es el órgano colegiado del centro o ámbito penitenciario, encargado de resolver sobre el régimen disciplinario, en atención al informe debidamente fundamentado y conforme la investigación e instrucción realizada por el funcionario designado al efecto.

La imposición de la sanción disciplinaria requiere de resolución motivada sobre la existencia del hecho imputado, sumario de prueba y su análisis y valoración.

**ARTÍCULO 83.- Integración de la Comisión Disciplinaria.** La Comisión Disciplinaria estará integrada por los siguientes miembros:

- a) Director o directora del centro o ámbito.
- b) Un representante de los servicios jurídicos -que no haya instruido el reporte-.
- c) El supervisor o supervisora del Departamento de Seguridad del centro o ámbito - que no haya confeccionado el reporte-.

En caso de ausencia de quien preside la Comisión, asumirá la persona que previamente haya sido designada para sustituirla.

La Comisión se reunirá cuando el director o directora lo disponga y debe observar el plazo legal que rige para el procedimiento disciplinario

**ARTÍCULO 84.- Principio de tipicidad.** Ninguna persona privada de libertad podrá ser sancionada disciplinariamente por una conducta que no esté expresamente descrita como tal en la presente ley.

**ARTÍCULO 85.- Presunción de inocencia.** En materia disciplinaria se presume la inocencia de la persona involucrada hasta que no se demuestre su responsabilidad por resolución firme.

**ARTÍCULO 86.- Principio *in dubio pro reo*.** En caso de duda se estará a lo que resulte más favorable a la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 87.- Prohibición de doble sanción.** Ninguna persona privada de libertad podrá ser sancionada dos veces por una misma falta.

**ARTÍCULO 88.- Prohibición de tratos inhumanos, crueles y degradantes**

Queda prohibida toda acción o medida disciplinaria que cause, instigue o tolere actos de tortura u otros tratos inhumanos o degradantes hacia la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 89.- Grados de participación.** La persona privada de libertad que instigue, preste auxilio o cooperación o facilite al autor la realización de falta o faltas disciplinarias, incurre en responsabilidad disciplinaria y como sanción se tiene las mismas que pueda imponerse al autor.

**ARTÍCULO 90.- Tentativa.** Hay tentativa cuando se inicia la ejecución de una falta, por actos directamente encaminados a su consumación y esta no se produce por causas independientes del agente. La acción en grado de tentativa se sancionará con las mismas penas que la falta consumada, facultándose su atenuación en consideración al grado de ejecución alcanzado. No se aplicará la sanción correspondiente a la tentativa cuando fuera absolutamente imposible su consumación.

**ARTÍCULO 91.- Causas de justificación.** No comete falta disciplinaria la persona privada de libertad que habiendo incurrido en hechos tipificados como tales actúa bajo los siguientes presupuestos:

- a) En defensa de la persona o los derechos propios o ajenos, ante una agresión ilegítima, siempre que exista una necesidad razonable de la defensa empleada para repeler o impedir la agresión.
- b) Cuando en una situación de peligro para un bien jurídico propio o ajeno, se lesiona a otro para evitar un mal mayor, siempre que el peligro sea actual e inminente, que no lo haya provocado voluntariamente y no sea evitable de otra manera.

## **Sección II Medidas cautelares**

**ARTÍCULO 92.- Procedencia y enumeración.** Cuando esté en riesgo la integridad física de los privados o privadas de libertad y su familia, el orden o la seguridad en los diferentes ámbitos de convivencia y programas del Servicio Penitenciario Nacional y la comunidad en general, podrán tomarse cualquiera de las siguientes medidas cautelares:

- a) La ubicación en espacios de contención, en el mismo ámbito de convivencia.
- b) La ubicación en otro ámbito de convivencia o centro del mismo programa.
- c) La ubicación en un programa de mayor contención.

**ARTÍCULO 93.- Requisitos para su aplicación.** Las medidas cautelares se utilizarán únicamente como forma excepcional de prevención y solución temporal en situaciones de inminente peligro personal o institucional. Deben ser fundamentadas por escrito y comunicadas oportunamente al privado o privada de libertad.

**ARTÍCULO 94.- Competencia.** Las medidas cautelares son potestad de la Comisión Disciplinaria y en caso de emergencia podrán ser dictadas provisionalmente por el director del centro o ámbito, sujeta a su posterior ratificación. Cuando la medida cautelar consista en el traslado a otro centro o ámbito de convivencia o programa deberá coordinarse con el director del ámbito o centro receptor.

En caso de divergencia entre directores de ámbito decidirá el director del centro y entre directores de centros, la decisión corresponderá a la Dirección Nacional del programa correspondiente.

**ARTÍCULO 95.- Conocimiento por parte la Comisión Disciplinaria.** El director de centro o ámbito que aplique una medida cautelar deberá someter la misma a conocimiento de la Comisión Disciplinaria, en un plazo máximo de ocho días hábiles.

Esta Comisión analizará la medida cautelar y definirá las acciones técnicas pertinentes, tomando en consideración cuando existan, las objeciones planteadas por el privado o privada de libertad. La ratificación o no deberá ser comunicada de inmediato al afectado.

### **Sección III**

#### **Faltas y sanciones disciplinarias**

**ARTÍCULO 96.- Clasificación.** Las faltas disciplinarias se clasifican en leves, graves y muy graves, y a cada una de ellas corresponderá su respectiva sanción.

**ARTÍCULO 97.- Faltas leves.** Constituyen faltas leves las siguientes:

- a) Alterar las horas de descanso, deporte o recreación, estudio, capacitación, alimentación y los procesos de atención profesional.
- b) Desobedecer las indicaciones del personal competente y permanecer en lugares no autorizados dentro del establecimiento penitenciario.
- c) Organizar o participar en rifas, apuestas, juegos de azar y cualquier otra transacción económica no autorizada.
- d) Negarse a brindar su identificación cuando se le solicite por parte de los funcionarios o funcionarias competentes en ejercicio de sus funciones. De igual forma constituye falta dar una identificación falsa.
- e) Utilizar los objetos autorizados por los funcionarios competentes para realizar labores o acciones contrarias a los fines permitidos.

**ARTÍCULO 98.- Faltas graves.** Son faltas graves las siguientes:

- a) Incitar o participar en peleas con otras personas privadas de libertad.
- b) Irrespetar al personal del Servicio Penitenciario Nacional, a otras personas privadas de libertad o a terceros.
- c) Agredir de palabra o de hecho a personas privadas de libertad, personal del centro o a terceras personas.
- d) Sustraer bienes del establecimiento penitenciario o cualquier otra pertenencia de otras personas.
- e) Realizar actos sexuales que afecten la dinámica convivencial y la interacción en las áreas comunes.
- f) Introducir, poseer, suministrar o consumir licor, drogas ilícitas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes no autorizados, materiales necesarios para su preparación o sustancias no autorizadas.
- g) Fumar en lugar no autorizados o expender cigarrillos de tabaco.
- h) Mantener en su poder más dinero del autorizado por la administración penitenciaria, de conformidad con lo establecido en vía reglamentaria.  
Para este último caso, además de la sanción que corresponda aplicar, el dinero decomisado será depositado por la administración del centro penitenciario en una cuenta del Sistema Bancario Nacional, para ser devuelto al privado de libertad al finalizar la pena, comunicando a la Dirección Administrativa y a la Dirección Financiera del Ministerio de Justicia y Paz.
- i) La comisión de tres o más faltas leves en un plazo de treinta días naturales.

**ARTÍCULO 99.- Faltas muy graves.** Son faltas muy graves las siguientes:

- a) Participar en motines o desórdenes colectivos que amenacen o desestabilicen la seguridad institucional.
- b) Agredir o atentar contra la integridad física de otras personas mediante el uso de armas o instrumentos de cualquier tipo.
- c) Amenazar, coaccionar o retener a un visitante, autoridades o funcionarios judiciales o penitenciarios y aquellos que se hallaren en el ejercicio de sus cargos o con ocasión de estos.
- d) Amenazar o ejecutar acciones real o potencialmente aptas para contagiar enfermedades de cualquier tipo.
- e) Intentar, consumir o favorecer la evasión de un establecimiento penitenciario.
- f) Destruir o inutilizar deliberadamente bienes del establecimiento penitenciario u otras instituciones o las pertenencias de otras personas.
- g) La agresión sexual contra otras personas privadas de libertad, funcionarios o terceros.
- h) Poseer, fabricar o suministrar materiales o cualquier elemento para la fabricación de explosivos, armas blancas o de fuego, gases o sustancias tóxicas.
- i) Poseer, suministrar o utilizar prendas de vestir similares a los uniformes de los cuerpos policiales del Estado.
- j) Introducir, poseer o suministrar objetos prohibidos que causen o puedan causar riesgo o daños a la seguridad institucional. Se consideran prohibidos las máquinas fotográficas, lentes de larga vista, filmadoras, teléfonos celulares y accesorios, intercomunicadores y otros dispositivos electrónicos que se llegare a prohibir por reglamento. La prohibición de teléfonos celulares, intercomunicadores u otros dispositivos electrónicos solo aplica para la población del Programa de Atención Institucional.
- k) La comisión de dos o más faltas graves en el plazo de un mes.

**ARTÍCULO 100.- Sanciones por faltas leves.** Por la comisión de faltas disciplinarias leves podrá imponerse alguna de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación verbal.
- b) Amonestación por escrito.

**ARTÍCULO 101.- Sanciones por faltas graves.** Por la comisión de faltas disciplinarias graves podrá imponerse alguna de las siguientes sanciones:

- a) Una amonestación por escrito.
- b) La reubicación de ámbito de convivencia.
- c) La suspensión temporal de incentivos que ofrece el centro u oficina o de aquellos que se derivan de la modalidad de ejecución de la pena o custodia hasta por dos meses.

**ARTÍCULO 102.- Sanciones por faltas muy graves.** La falta muy grave se podrá sancionar con cualquiera de las siguientes medidas:

- a) La suspensión temporal de incentivos que ofrece el centro u oficina o de aquellos que se derivan de la modalidad de ejecución de la pena o custodia hasta por seis meses.

- b) La reubicación de centro del mismo programa.
- c) La reubicación en un programa de mayor contención.

**ARTÍCULO 103.- Medidas alternativas a la sanción.** La autoridad competente tendrá la facultad de prescindir de las acciones sancionatorias y optar por una atención profesional, individual o colectiva, en los casos en que estando debidamente tipificados los hechos que sirven de base al reporte, la conducta de la persona privada de libertad no constituye una ruptura grave del orden y se consienta la incorporación a procesos de atención específicos.

Cuando las partes en conflicto estén de acuerdo y así proceda técnicamente, se podrán aplicar procesos de conciliación, mediación o justicia restaurativa.

#### **Sección IV Del procedimiento disciplinario**

**ARTÍCULO 104.- Derecho de defensa.** Toda persona privada de libertad tendrá derecho a ejercer su defensa cuando se le atribuya la comisión de una falta disciplinaria. Podrá contar con los servicios de un defensor privado de su confianza.

Tratándose de población indiciada, el representante legal -público o privado- ante la autoridad judicial deberá ser notificado de la aplicación de medidas cautelares y del proceso disciplinario, siempre que se haya indicado a la autoridad penitenciaria un medio para recibir notificaciones. Igualmente, se le deberá comunicar todos los acuerdos, estudios y acciones relacionadas con su representado y el mismo podrá apersonarse ante la autoridad penitenciaria en defensa de los intereses de su representado.

Es obligación de todo defensor o defensora pública de la etapa de investigación o del juicio, comunicar de inmediato a la autoridad penitenciaria medio para recibir notificaciones.

**ARTÍCULO 105.- Inicio, plazo y conclusión.** El procedimiento disciplinario se debe resolver en el plazo de dos meses, sin perjuicio de los medios de impugnación. Inicia con la confección del reporte y concluye con la resolución de la Comisión Disciplinaria o del Instituto Nacional de Criminología cuando le corresponde la decisión del mismo, misma que debe notificarse en el plazo de cinco días hábiles.

Si el conflicto que da origen al reporte se resuelve mediante algún procedimiento de resolución alterna de conflictos, a entera satisfacción de las partes involucradas, el asunto se archivará sin más trámite.

**ARTÍCULO 106.- Deber de denunciar.** Cuando los hechos que dan lugar al reporte puedan configurar un ilícito penal, el director del centro penitenciario deberá interponer la denuncia ante la autoridad judicial correspondiente.

**ARTÍCULO 107.- Independencia del procedimiento disciplinario.** La medida disciplinaria de índole administrativa es independiente del resultado de la acción penal, cuando el caso concreto sea conocido en ambas instancias.

**ARTÍCULO 108.- Obligatoriedad de confeccionar el reporte.** El reporte debe ser confeccionado por el funcionario o los funcionarios que conozcan del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas posteriores al conocimiento de la presunta falta.

**ARTÍCULO 109.- Contenido del reporte.** El reporte debe contener los siguientes aspectos:

- a) Fecha y hora de su confección.
- b) Fecha y hora aproximada en la que se cometió la posible falta.
- c) Nombre e identificación de quien o quienes lo elaboran.
- d) Descripción clara y detallada de los hechos, con indicación del nombre o identificación de la personas o personas privadas de libertad que intervinieron en las acciones investigadas.
- e) Mención de las evidencias o pruebas que fundamentan la confección del reporte e indicación de su localización.
- f) Firma o firmas de los funcionarios.

**ARTÍCULO 110.- Remisión y distribución del reporte.** El reporte será remitido al director del ámbito de convivencia o al director del centro, quien lo hará llegar al funcionario de la disciplina técnica que corresponda, a efecto de que instruya el procedimiento correspondiente.

En el caso del Programa en Comunidad el responsable de la oficina se encargará de instruir el reporte.

Siempre que sea posible deberá optarse preferentemente por la atención integral de la persona privada de libertad y el abordaje técnico de los problemas convivenciales, quedando la aplicación de las sanciones como última medida aplicable.

**ARTÍCULO 111.- Rechazo de plano.** La Comisión Disciplinaria podrá rechazar de plano el reporte cuando:

- a) El hecho reportado sea atípico.
- b) No pueda determinarse la identidad del autor.
- c) Cuando no cumpla con los requisitos mínimos establecidos en el esta ley.

**ARTÍCULO 112.- Entrevista a la persona privada de libertad.** Recibido el reporte el funcionario instructor realizará en los siguientes tres días, una entrevista a la persona privada, procediendo de la siguiente manera:

- a) Deberá informarle de los hechos que se le imputan, mediante la lectura integral del reporte, con la prueba de los cargos que el mismo contenga.
- b) Le hará mención de los derechos que le asisten, la posibilidad de nombrar un defensor o defensora que le represente; de declarar o no y ofrecer prueba.
- c) Invitará a la persona privada de libertad a rendir declaración sobre los hechos que se le imputan, consignando en un acta lo dicho por esta. En caso de que se niegue a declarar o a firmar el acta, así lo hará constar.

Si el acusado acepta su responsabilidad, sin necesidad de evacuar más prueba, se elevará el caso ante el órgano competente para que resuelva lo que corresponda.

En los casos en que la persona privada de libertad haya sido trasladada a un centro lejos del recinto penitenciario donde se encontraba el responsable de la instrucción podrá delegar la entrevista o utilizar el mecanismo de videoconferencia u otros medios telemáticos.

**ARTÍCULO 113.- Recepción de prueba testimonial.** La recepción de la prueba testimonial de cargo y descargo deberá consignarse en acta. Se apercibirá al testigo que de faltar a la verdad podrá incurrir en el delito de falso testimonio.

**ARTÍCULO 114.- Recepción de prueba documental y otros.** La prueba documental ofrecida deberá ser aportada por la persona privada de libertad en un plazo máximo de cinco días hábiles a partir de la comunicación del reporte, los cuales podrán ampliarse por otro tanto igual cuando el funcionario instructor considere que existen circunstancias extraordinarias que impidieron la entrega de los documentos pertinentes. El uso de prueba confidencial requiere la investigación posterior que ratifique su fuente y veracidad.

**ARTÍCULO 115.- Acceso al expediente administrativo.** Las partes y sus representantes y cualquier abogado o abogada que demuestre tener interés legítimo, previa identificación, tendrá derecho a examinar, leer y copiar piezas del expediente, así como a pedir certificación de estas, con las salvedades que indica el artículo siguiente. El costo de las copias será de cuenta de la persona interesada, salvo en casos calificados de personas sin recursos y regulados por reglamento.

**ARTÍCULO 116.- Acceso restringido.** Serán de acceso restringido las piezas del expediente que contenga informaciones confidenciales. El acceso al expediente de las personas privadas de libertad se regirá por lo que establece la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales.

**ARTÍCULO 117.- Remisión de lo instruido y toma de decisión.** Finalizada la instrucción el funcionario responsable la remitirá a la Comisión Disciplinaria para que resuelva el asunto

pronunciándose sobre la existencia o no de los hechos, su tipificación, autores y grados de participación. Si procede, impondrá la sanción o cualquier medida de atención profesional, o ambas, según corresponda, considerando las circunstancias personales, familiares y sociales, así como aquellas otras condiciones de la persona privada de libertad que puedan ser determinantes.

**ARTÍCULO 118.- Contenido del acuerdo.** El pronunciamiento de la Comisión Disciplinaria consignará la fecha y número de sesión, el nombre de la persona privada de libertad, la fecha del reporte, los hechos que se han demostrado, el tipo de falta cometida y la fundamentación de la sanción impuesta o la absolutoria, el voto o votos salvados y la firma de quien preside la sesión.

**ARTÍCULO 119.- Competencia del Instituto Nacional de Criminología.** Cuando la sanción disciplinaria implique la reubicación de la persona privada de libertad del Programa Semi Institucional al Programa Institucional, el pronunciamiento de la Comisión Disciplinaria tendrá el carácter de recomendación y deberá elevarse ante el Instituto Nacional de Criminología para su decisión.

Para tal efecto, quien preside la Comisión Disciplinaria deberá remitir la recomendación del caso al Instituto Nacional de Criminología en un lapso no mayor de cinco días hábiles.

**ARTÍCULO 120.- Prórroga del plazo del proceso.** El procedimiento deberá concluirse en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la elaboración del reporte respectivo. Excepcionalmente, podrá autorizarse por parte del director de la Comisión Disciplinaria la prórroga del plazo hasta por un mes más en casos calificados desde el inicio como complejos o por motivos de fuerza mayor o caso fortuito. La suspensión deberá ser fundamentada y notificada al interesado o interesada antes del vencimiento del plazo ordinario.

**ARTÍCULO 121.- Notificación.** La resolución deberá ser notificada íntegramente a la persona privada de libertad, dejando constancia de ello en el expediente y copia del acuerdo con la firma de recibido. La notificación deberá darse en un plazo no mayor a tres días hábiles contados a partir de la finalización del procedimiento.

**ARTÍCULO 122.- Ejecución del acto.** La decisión emanada de la Comisión Disciplinaria o del Instituto Nacional de Criminología se ejecutará una vez notificado a la persona privada de libertad.

La interposición de recursos contra la resolución sancionadora suspenderá su ejecución, salvo en los casos de actos de indisciplina grave o muy grave donde se haya dictado medida cautelar y, se considere necesario mantener los efectos de la misma por razones de seguridad institucional o protección a la vida o integridad física de terceros; sin perjuicio de que la autoridad de alzada, de oficio o instancia de parte, puede ordenar el efecto suspensivo del recurso.

**ARTÍCULO 123.- Recursos.** Las resoluciones que en materia disciplinaria dicte la Comisión Disciplinaria o el Instituto Nacional de Criminología serán susceptibles del recurso de revocatoria ante la propia autoridad que resolvió y recurso de apelación ante el juez de ejecución de la pena competente. Los recursos podrán presentarse verbalmente en el mismo acto de la notificación o por escrito en el plazo de tres días a partir de su notificación.



**ARTÍCULO 124.- Recurso de revocatoria.** Presentado este recurso se procederá a resolver por la autoridad penitenciaria en el plazo de diez días hábiles. De rechazarse existiendo recurso subsidiario de apelación, de inmediato se remitirán los autos a la autoridad judicial competente.

**ARTÍCULO 125.- Recurso de apelación.** La autoridad penitenciaria deberá remitir a la autoridad judicial competente en el plazo de tres días, el recurso de apelación con todo el legajo completo de instrucción del procedimiento disciplinario y el mismo se resolverá conforme lo establecido en esta ley.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **Medidas especiales para controlar situaciones extraordinarias**

**ARTÍCULO 126.- Medidas especiales.** Podrán aplicarse medidas especiales de seguridad frente a situaciones extraordinarias, cuando la persona privada de libertad por su violento comportamiento o estado psíquico alterado, ponga en riesgo su vida o la de terceros o los bienes o la seguridad de la institución o cuando se reciba informe por fuentes fidedignas de peligro de fuga. Esta potestad será del director del centro penitenciario correspondiente.

Se considerarán medidas extraordinarias de seguridad las siguientes:

- a) El secuestro o retención de objetos de tenencia no prohibida.
- b) La ubicación en una celda de prevención y sin objetos peligrosos.
- c) El esposamiento.
- d) La ubicación en otro ámbito de convivencia o centro del mismo programa.
- e) La ubicación en un programa de mayor contención.

Las medidas de seguridad extraordinarias, salvo el esposamiento que no podrá exceder de las 12 horas, se aplicarán durante el tiempo estrictamente necesario para su objetivo y siempre que este no pueda alcanzarse de otro modo, sin exceder el plazo de 48 horas. De requerirse prórroga deberá gestionarse ante el juzgado de ejecución de la pena competente.

Cuando los hechos, base de este tipo de medida, constituyan motivo de responsabilidad disciplinaria, vencidos los plazos legales deberán respetarse las normas y plazos propios del régimen disciplinario.

**ARTÍCULO 127.- Procedencia de estas medidas.** Solo podrán utilizarse estos medios coercitivos extraordinarios en las siguientes circunstancias:

- a) Para impedir actos de evasión.
- b) Para enfrentar actos violentos como protestas masivas, motines, riñas y otras acciones que pongan en peligro la seguridad personal e institucional.
- c) Para evitar graves daños a sí mismos u otras personas o a las propias instalaciones.
- d) Para vencer la resistencia activa de las personas privadas de libertad en contra de las órdenes del personal penitenciario.

Es competencia del director o directora del centro respectivo la aplicación de cualquiera de estas medidas. En ausencia de este, el jefe de seguridad tendrá las mismas facultades, pero deberá comunicarlo a la Dirección del centro en un plazo no mayor de 24 horas.

**ARTÍCULO 128.- Finalidad de estas medidas.** El uso de las medidas coercitivas estará dirigido en forma exclusiva al restablecimiento de la normalidad y solo subsistirá el tiempo estrictamente necesario, razonable y proporcional a los fines institucionales.

**ARTÍCULO 129.- Uso de información confidencial.** La aplicación de estas medidas especiales podrá darse por parte de la autoridad penitenciaria, basada en información confidencial, sin embargo para prolongar esas medidas es obligación de esa autoridad corroborar la fuente y veracidad de la información a través de la investigación correspondiente.

**TÍTULO IV**  
**CLASIFICACIÓN, UBICACIÓN PENITENCIARIA**  
**Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL**

**CAPÍTULO I**  
**Clasificación y ubicación penitenciaria**

**ARTÍCULO 130.- Clasificación y ubicación.** La clasificación y la ubicación de las personas privadas de libertad en un programa, centro o ámbito se realizan por parte del equipo interdisciplinario como resultado del análisis de sus circunstancias jurídicas, personales, sociales, de seguridad y su capacidad de convivencia. Salvo autorización del tribunal sentenciador en los casos legalmente establecidos, toda persona comenzará a cumplir la privación de libertad en el programa.

La ubicación penitenciaria se determinará analizando los siguientes aspectos:

- a) La capacidad de convivencia: Se refiere al tipo de vínculos y relaciones que ha establecido con la comunidad y su familia, así como a su capacidad de compartir con otras personas privadas de libertad.
- b) La necesidad de contención física.
- c) La necesidad de atención que requiere la persona privada de libertad y de apoyo profesional que se necesitan para la ejecución de la pena, en virtud de su patrón delictivo, la modalidad de la acción, capacidad de auto control, la naturaleza de los hechos, el tipo de asocio en la comisión del delito, así como las consecuencias derivadas de este.

**ARTÍCULO 131.- Ubicación por género.** Las mujeres cumplirán las penas privativas de libertad en establecimientos especiales o al menos en pabellones y secciones exclusivas e independientes dentro del centro penitenciario de destino, asegurándose de esa manera la existencia de espacios para la ubicación de la población femenina en todo el territorio nacional.

**ARTÍCULO 132.- Dirección de centros para mujeres.** Los establecimientos penales para mujeres serán dirigidos y estarán exclusivamente a cargo de personal femenino, sin perjuicio de que los servicios religiosos, médicos, educativos y de vigilancia exterior sean desempeñados por hombres. En los mismos existirán servicios de salud especializados para atender sus necesidades.

**ARTÍCULO 133.- Jefaturas intermedias.** Las secciones para mujeres en los centros penitenciarios mixtos estarán bajo la inmediata jefatura de una funcionaria dependiente del director del establecimiento y en locales totalmente separados de la sección para hombres. Las funciones de seguridad en estas secciones serán desempeñadas por personal femenino.

**ARTÍCULO 134.- Prohibición de ingreso.** En ningún caso se autorizará el ingreso de un funcionario a establecimientos o ámbitos penitenciarios para población femenina sin la compañía de una funcionaria.

**ARTÍCULO 135.- Atención especial.** Se prestará especial cuidado a las privadas de libertad embarazadas o lactantes, quienes quedarán eximidas de las obligaciones que sean incompatibles con su estado, por el tiempo y según las especificaciones del dictamen médico.

Se procurará que el parto se produzca en un servicio de maternidad fuera del establecimiento penitenciario y si por circunstancias especiales el niño naciere en el centro institucional se omitirá la mención de ello en la partida de nacimiento.

**ARTÍCULO 136.- Cuidado de hijos menores.** Cuando no se autorice el egreso por razones de maternidad, las privadas de libertad podrán conservar consigo a sus hijos menores de tres años, siempre que se demuestre el vínculo y la capacidad para un ejercicio responsable de la maternidad. A petición de la privada de libertad, el límite de edad será prorrogable por la autoridad judicial competente cuando la madre no presente recursos externos de apoyo, no exista objeción desde el punto de vista técnico y se amerite la protección del niño en función de su interés superior y sin que llegue a exceder los cinco años de edad.

**ARTÍCULO 137.- Ubicación por edad.** Las personas privadas de libertad menores de edad estarán separadas de las mayores.

Las personas que han cometido el delito recién cumplida la mayoría de edad serán ubicadas en espacios separados de los privados de libertad mayores de veintiún años salvo que presenten un patrón conductual que imposibilite su convivencia en ese espacio.

La población penal mayor de sesenta y cinco años se ubicará en el Centro Nacional para la Atención de Personas Adultas Mayores, salvo cuando por razones técnicas o motivos de acercamiento familiar se opte por una ubicación diferente. Este centro desarrollará procesos de atención profesional específicos y combinará los Programas Institucional y Semi Institucional.

**ARTÍCULO 138.- Ubicación por condición jurídica.** Las personas privadas de libertad indiciadas, así como las personas apremiadas y contraventoras deberán estar separadas de quienes ya están penados por sentencia firme, salvo disposición expresa en contrario. La población primaria en delitos -indiciada o sentenciada- deberá estar en espacios distintos a los de la población con antecedentes penales. El Instituto Nacional de Criminología podrá autorizar excepcionalmente la ubicación de indiciados en centros para sentenciados, cuando existan motivos de seguridad personal o institucional que justifiquen la medida.

**ARTÍCULO 139.- Ubicación en régimen de máxima seguridad.** El régimen máxima seguridad será excepcional únicamente para la población que haya cometido o se valore que es capaz de cometer acciones muy violentas en peligro la vida de otras personas privadas de libertad, visitantes o funcionarios del Servicio Penitenciario Nacional o por razones de seguridad institucional por peligro de fuga y conforme la reglamentación correspondiente. La ubicación en este régimen es potestad del Consejo de Máxima Seguridad. Para prolongar la ubicación de una persona privada de libertad por más de 72 horas en este régimen deberá requerirse la aprobación del juez de ejecución de la pena, previa remisión del acuerdo del Consejo de Máxima Seguridad e informes técnicos. El juez deberá escuchar la posición de la persona afectada, asegurar su efectiva atención profesional y controlar la permanencia en ese régimen de excepción procurando su reubicación en el menor tiempo posible en espacios colectivos. Cuando la ubicación en este

régimen se establezca en celdas individuales esa ubicación no podrá exceder de los 12 meses salvo que el propio interno o interna la consienta y técnica y médicamente se avale la medida.

#### **ARTÍCULO 140.- Clasificación y ubicación penitenciaria**

1.- Para la individualización del Plan de Atención tras la valoración de cada persona privada de libertad, se realizará su clasificación, destinándose al establecimiento cuyo régimen permita el desarrollo del plan de ejecución definido, y procurando una ubicación que facilite el contacto del sujeto con su lugar de origen o con el domicilio de su grupo familiar.

2.- La clasificación debe tomar en cuenta la personalidad y el historial individual, social y delictivo de la persona privada de libertad, así como la pena impuesta.

### **CAPÍTULO II Atención profesional**

#### **Sección I Concepto y principios rectores**

**ARTÍCULO 141.- De la atención profesional.** Los procesos de atención profesional tendrán como finalidad el desarrollo de habilidades y destrezas para la vida en comunidad al margen del delito. Se procurará que la persona sentenciada comprenda los aspectos personales y socioculturales que incidieron en la comisión de su conducta criminal, comprenda su valor como persona y mejore su auto percepción y estima, así como facilitarle una vida futura sin delinquir, a través de un abordaje disciplinario e interdisciplinario, con su consentimiento y dentro del marco del respeto a los derechos humanos. Los procesos de atención e intervención técnica serán desarrollados y avalados por el Instituto Nacional de Criminología y se ajustarán a las necesidades del perfil de cada población, ejecutándose por los equipos interdisciplinarios de cada centro de los Programas de Atención Institucional y Semi Institucional.

**ARTÍCULO 142.- Determinación.** La definición del tipo de atención profesional es responsabilidad del Consejo Interdisciplinario al momento de elaborar el Plan de Ejecución Penal de cada persona privada de libertad, considerando su condición jurídica, características personales, vulnerabilidad personal y social, el tipo de delito, aspectos victimológicos, monto de la sentencia, capacidad de convivencia y necesidad de contención. Tratándose de población sentenciada ese Plan se denominará de Atención Técnica y para el resto de población, Plan de Acciones Inmediatas.

La atención de personas privadas de libertad adultas mayores o con limitaciones cognitivas se ajustará a sus necesidades específicas y en caso de que los avances no sean significativos por sus propias características, se procurará involucrar por su propia voluntad a sus familiares y procurar a través del fortalecimiento y el control de los recursos externos, la posibilidad de desinstitucionalización.

Cuando técnicamente se considere oportuno la persona privada de libertad que así lo consienta podrá ser incorporada a procesos de justicia restaurativa.

**ARTÍCULO 143.- Objetivo.** Este plan estará dirigido a desarrollar actividades para atender las necesidades básicas y específicas de la persona privada de libertad, instarla a asumir su

responsabilidad individual y social por la acción delictiva cometida y favorecer el desarrollo de sus potencialidades procurando su adecuada inserción social. Se desarrollará a través de los profesionales y técnicos capacitados, de las diferentes secciones disciplinarias, a través de un conjunto de actividades -individuales o grupales- dirigidas a atender las necesidades de la persona privada de libertad, resguardando la seguridad personal e institucional.

**ARTÍCULO 144.- Principios.** La atención profesional requiere el consentimiento de la persona privada de libertad y se basa en los siguientes principios:

- a) Carácter científico de los estudios técnicos que conforman el plan de ejecución penal.
- b) Relación directa con los estudios técnicos.
- c) Carácter individual con base en las variables definidas por los estudios técnicos, tales como condiciones personales, socios ambientales, criminológicos, penológicas, situación jurídica y capacidad de convivencia y requerirá el consentimiento de la persona.
- d) Carácter disciplinario o interdisciplinario utilizando los diferentes métodos de abordaje técnico, individual o de atención grupal y con respeto a sus derechos fundamentales.
- e) Será programada, fijándose el plan general que deberá seguirse en su ejecución.
- f) Carácter continuo, constante, dinámico y modificable dependiendo del desenvolvimiento y respuesta de la persona privada de libertad al plan de ejecución.

## **Sección II**

### **Consejo Interdisciplinario**

**ARTÍCULO 145.- El Consejo Interdisciplinario.** Es el órgano colegiado interdisciplinario que realiza el análisis de cada persona privada de libertad en función de sus necesidades de atención profesional, definiendo el Plan de Acciones Inmediatas, en caso de los indiciados y apremiados, y el Plan de Abordaje Profesional, en caso de sentenciados, así como la ubicación física en los programas, centros o ámbitos del Servicio Penitenciario Nacional.

**ARTÍCULO 146.- Integración.** El Consejo Interdisciplinario está integrado por un representante de cada disciplina en el centro o ámbito, la jefatura de seguridad o supervisores del centro y el director o directora del centro o ámbito según corresponda, o en ausencia por quien lo sustituya, quien presidirá. Este órgano funcionará válidamente con la participación de por lo menos tres cuartas partes de sus miembros integrantes.

**ARTÍCULO 147.- Funciones:** Son funciones del Consejo Interdisciplinario las siguientes:

- a) Definir el Plan de Acciones Inmediatas para las personas privadas de libertad indiciadas y apremiadas, así como el Plan de Atención Profesional para las personas sentenciadas.
- b) Elaborar los estudios técnicos y emitir los dictámenes para la concesión de los beneficios establecidos en los artículos 55 y 64 del Código Penal.
- c) Realizar la revisión y adecuación del Plan de Atención Profesional de las personas puestas a la orden del Instituto Nacional de Criminología, según los criterios técnicos y los plazos establecidos en esta ley.

- d) Recomendar a la Dirección del centro la ubicación física de las personas privadas de libertad en los centros o ámbitos, según el perfil definido para cada uno.
- e) Proponer al director del Programa el acuerdo de traslado de centro, en los casos que sea necesario, según los criterios definidos por el Instituto Nacional de Criminología.
- f) Elevar al Instituto Nacional de Criminología las recomendaciones para el cambio de programa.
- g) Conocer lo que le compete en materia de recursos contra sus decisiones.

Este Consejo sesionará ordinariamente una vez a la semana y podrá sesionar en forma extraordinaria cuando las circunstancias lo ameriten.

**ARTÍCULO 148.- Ejecución de los acuerdos de los órganos colegiados.** Los acuerdos del Instituto Nacional de Criminología, del Consejo Interdisciplinario y la Comisión Disciplinaria, serán ejecutados una vez que adquieran firmeza y estén debidamente notificados.

Cuando el Instituto Nacional de Criminología haya avalado el cumplimiento de la pena en el Programa de Atención Semi Institucional, una vez recibido la conformidad de la Fiscalía o en caso contrario el acuerdo jurisdiccional que autoriza el traslado, el director del centro procederá a la ejecución del traslado de la persona.

Los traslados quedan sujetos a la coordinación entre las respectivas direcciones de centro y a la comunicación previa al director de programa correspondiente, para lo cual se registrarán en el sistema de información institucional.

El expediente administrativo y médico de la persona privada de libertad, debe enviarse el día del traslado con el respectivo informe actualizado del proceso de intervención técnica efectuado en el centro remitente, salvo causa justificada, en cuyo caso, se establecerá un plazo máximo de cinco días hábiles para su correspondiente remisión. Todo expediente debe estar foliado y cronológicamente ordenado.

De todo informe confidencial de la persona privada de libertad que es trasladada, ubicada o reubicada, debe dejarse constancia de su existencia, debidamente firmada por el funcionario interviniente sin mencionar la fuente de la información.

Para la remisión de los expedientes médicos debe cumplirse con las normas y directrices vigentes en materia de salud.

**ARTÍCULO 149.- Actas.** De cada sesión se levantará un acta que contendrá la indicación de las personas asistentes, así como las circunstancias de lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de la deliberación, la forma y resultado de la votación y el contenido de los acuerdos.

Las actas se aprobarán en la siguiente sesión ordinaria. Antes de esa aprobación, los acuerdos tomados en la respectiva sesión, carecerán de firmeza a menos que los miembros presentes acuerden su firmeza por votación de dos tercios de la totalidad de los miembros del órgano.

Deberán consignarse los votos disidentes debidamente fundamentados. Cuando al darse lectura del acta anterior uno de sus miembros no haya asistido a la sesión respectiva, podrá abstenerse de emitir su voto en el acto de aprobación.

Las actas serán firmadas por la persona que ostente la presidencia del órgano colegiado y por aquellos miembros que hubieren hecho constar su voto disidente.

#### **ARTÍCULO 150.- Contenido de los acuerdos del Consejo Interdisciplinario**

En cada acuerdo se establecerá claramente la identificación de la persona privada de libertad, con su nombre completo y calidades, situación jurídica, los fundamentos de hecho y de derecho, la decisión tomada y demás aspectos que sean necesarios.

En el plazo de cinco días hábiles deberá remitirse vía electrónica o por cualquier otro medio al Instituto Nacional de Criminología los acuerdos de valoración en los que determinó un cambio de programa.

Una copia será entregada a la persona privada de libertad y otra estará en el expediente administrativo del centro con la correspondiente razón de notificación.

**ARTÍCULO 151.- De la notificación de los acuerdos del Consejo Interdisciplinario.** Por cada acuerdo se transcribirá un original y una copia. El original constará con la razón de notificación de la persona privada de libertad en el expediente de esta y la copia se entregará al interesado.

La notificación del acuerdo a la persona privada de libertad se realizará mediante una copia literal de este, dejándose razón del acto de notificación, con identificación clara de la persona notificada y del funcionario que notifica, así mismo la hora y fecha del acto. Cuando así lo solicite la persona privada de libertad al momento de la notificación de los acuerdos firmes, se le dará devolución oral por parte del funcionario que el director asigne, en el plazo de cinco días hábiles, explicándole las razones y el contenido del acuerdo o acto que se notifica. De igual manera se procederá cuando el interesado no sepa leer. En caso de personas que hablan otro idioma, se notificará el respectivo acuerdo por medio de un intérprete.

En caso que la persona privada de libertad no quiera firmar o aceptar la notificación, se dejará constancia de ello con la presencia de dos testigos debidamente identificados quienes darán fe del acto y firmarán conforme.

El director o directora del centro controlará que las notificaciones sean entregadas a la persona privada de libertad en un plazo de diez días hábiles posterior a la firmeza del acta.

En caso de que la persona privada de libertad no se encuentre en el centro o ámbito, remitirá el documento a donde se encuentre ubicada para su debida notificación dentro del plazo establecido.



### **Sección III**

#### **Fases del proceso de atención profesional**

**ARTÍCULO 152.- Fases.** En todos los centros u oficinas el proceso de atención profesional a la población atendida se debe realizar a partir de tres fases: ingreso, ejecución o acompañamiento y egreso.

**ARTÍCULO 153.- Fase de ingreso.** Esta fase inicia con el ingreso de la persona privada de libertad a cualquiera de los centros de los programas de atención del Servicio Penitenciario Nacional. Puede ingresarse por orden de una autoridad competente; procedente de otro centro del Servicio Penitenciario Nacional o de un país extranjero.

En los casos de presentación voluntaria la persona deberá presentar un documento que acredite su situación jurídica y se ubicará en un espacio individual mientras se requiere a la autoridad judicial competente la remisión de la información y documentación del caso. De no recibirse la misma en el plazo de cuarenta y ocho horas se ordenará el egreso de la persona mientras no tenga causa pendiente.

Las acciones básicas del ingreso son: verificación de la legalidad del acto, registro, clasificación y ubicación de la persona, valoración de su estado de salud e información verbal y escrita, en un lenguaje que comprenda, de sus deberes y derechos, sobre el régimen disciplinario, su situación jurídica, del acceso a asesoría legal y cómo obtener ayuda en caso de requerirla. Se le asignará una cama y el espacio para depósito de objetos personales. La población que ingrese a centros del Programa de Atención Institucional recibirá productos para su aseo y cuidado personal y para la protección contra contagio de enfermedades por contacto sexual.

Esta fase del proceso culmina con la elaboración para la población indiciada de su Plan de Acciones Inmediatas y para la población sentenciada, con el Plan de Abordaje Profesional.

**ARTÍCULO 154.- Comunicación y registro del ingreso.** Del ingreso se comunicará en forma inmediata a la autoridad remitente y se registrará en el Sistema de Información de la Administración Penitenciaria. Cuando la persona denuncie o la valoración médica refiera que la persona al ingresar ha sido objeto de algún maltrato, agresión, tortura o abuso sexual, se pondrá la situación en conocimiento de la autoridad judicial competente y se informará de su derecho a denunciar.

**ARTÍCULO 155.- Plan de Acciones Inmediatas.** Este es el proceso de acompañamiento institucional para personas indiciadas, apremiadas, contraventoras y sujetas a un procedimiento de extradición. Consiste en la atención de sus necesidades durante su estancia en el Programa de Atención Institucional y la determinación de la legalidad de su ingreso.

Estas personas podrán voluntariamente incorporarse a los procesos de atención previstos para la población sentenciada y tendrán acceso cuando así lo requieran a procesos de educación, formación y capacitación.

**ARTÍCULO 156.- Plan de Atención Profesional de la persona sentenciada**

El Plan de Atención Profesional de la persona privada de libertad sentenciada se formulará por el Consejo Interdisciplinario, considerando los factores individuales, psicosociales, culturales,

situación jurídica, capacidad de convivencia, vulnerabilidades por atender, necesidad de contención física y las observaciones de los equipos técnicos. Su objetivo será la atención de las necesidades de esa población y el alcance de la finalidad de la pena, incentivando insumos para el desarrollo de un proyecto de vida al margen de la actividad delictiva.

**ARTÍCULO 157.- Valoración de las personas sentenciadas.** La valoración de la persona privada de libertad sentenciada es el proceso sistemático de observación, atención y análisis del abordaje brindado por el equipo técnico, de conformidad con el Plan de Abordaje Profesional asignado.

**ARTÍCULO 158.- Tipos de valoración para personas sentenciadas. Valoración Inicial.** La valoración inicial es el proceso de análisis y estudio para la determinación de la ubicación y clasificación de la persona y la definición de su Plan de Abordaje Profesional. Se realizará una vez que la persona se encuentre a la orden del Instituto Nacional de Criminología, dentro del plazo de un mes y con su activa participación.

**ARTÍCULO 159.- Registro de la información.** Es responsabilidad de la Dirección del ámbito, centro u oficina encargada, el asegurar el registro actualizado de la información que genere la custodia, intervención y atención de la población, en el Sistema de Información de la Administración Penitenciaria.

**ARTÍCULO 160.- Valoración y plazos para la revisión del Plan de Abordaje Profesional y cambio de programa.** El equipo técnico interviniente presentará periódicamente al Consejo Interdisciplinario un informe sobre el abordaje brindado a la persona privada de libertad y su respuesta al Plan de Abordaje Profesional, a efecto de realizar las modificaciones que sean necesarias.

Estas valoraciones se regirán por los siguientes plazos:

- 1.- Para sentencias condenatorias hasta de un año de prisión, una vez que se haya cumplido el primer tercio de la pena y al menos cada tres meses.
- 2.- Para sentencias condenatorias de más de un año y hasta tres años de prisión, cada seis meses.
- 3.- Para sentencias condenatorias de más de tres años y hasta doce años de prisión, cada año. Al restar tres años para su cumplimiento se realizará cada seis meses.
- 4.- Para sentencias condenatorias mayores de doce años cada dos años. Al restar doce años para su cumplimiento se realizará cada año y cuando resten tres años cada seis meses.

Si además de la sanción penal activa existe otra sanción pendiente de descontar, el cambio de programa se podrá recomendar y autorizar, siempre que se considere que existen condiciones personales y sociales idóneas y que el monto de la pena pendiente sea igual o menor al monto de la pena que se encuentra cumpliendo al ser valorado y de otorgarse en esa circunstancia el egreso, el juez de ejecución de la pena podrá autorizar, previa audiencia a las partes, el cumplimiento de la última sanción penal bajo el mismo Programa de Atención, cuando técnicamente así se considere pertinente considerando el desenvolvimiento responsable de la persona bajo el Programa Semi Institucional.

Igualmente, cuando a una persona se le otorgue el beneficio de libertad condicional teniendo una pena pendiente, el juez de ejecución de la pena, previa audiencia a las partes, podrá autorizar el cumplimiento de la última pena bajo el Programa Semi-Institucional, siempre que se haya cumplido de forma responsable con el beneficio y se considere técnicamente que no hay necesidad de su institucionalización.

**ARTÍCULO 161.-** **Período de seguridad.** En casos de sentencias mayores a seis años de privación de libertad la valoración podrá incluir recomendaciones para cambio de modalidad de custodia hasta que se haya descontando el primer tercio de la pena.

**ARTÍCULO 162.-** **Valoraciones extraordinarias.** El Instituto Nacional de Criminología podrá solicitar a los centros penitenciarios, valoraciones fuera de los plazos ordinarios cuando sea necesario por necesidades institucionales debidamente fundamentadas o por situaciones sobrevenidas en la ejecución de la pena, en virtud del principio de humanidad en el cumplimiento de la pena.

Este Instituto establecerá mediante circular los procedimientos para las valoraciones extraordinarias.

**ARTÍCULO 163.-** **Periodicidad de la valoración en centros de desinstitucionalización.** La valoración del Plan de Atención de las personas ubicadas en los centros de desinstitucionalización, se realizará cada seis meses y se remitirá una copia al Instituto Nacional de Criminología, registrándose en el Sistema de Información Penitenciaria. Las modalidades de pernoctación serán definidas por el Instituto Nacional de Criminología mediante circular y solo vía autorización judicial se autorizará la no pernoctación en los casos en que técnicamente así se justifique para asegurar la reinserción social.

El Consejo Interdisciplinario resuelve la valoración y la elevará al Instituto Nacional de Criminología solo en los casos donde se aplique revocatoria o suspensión de los beneficios otorgados.

**ARTÍCULO 164.-** **Valoraciones en materia penal juvenil.** Para la población sometida a la Ley de Justicia Penal Juvenil, la valoración se registrará por los plazos establecidos por esa ley y por la Ley de Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles.

**ARTÍCULO 165.-** **Valoraciones de otras medidas.** Para la población con medidas de seguridad externa o de tratamiento ambulatorio, ejecución condicional, libertad condicional o incidentes por enfermedad, la valoración se realiza cada seis meses.

#### **Sección IV**

#### **Actividades de formación, ocupación y capacitación**

**ARTÍCULO 166.-** **Actividades de formación, ocupación y capacitación.** Las actividades de formación, ocupación y capacitación en los centros penitenciarios forman parte esencial del plan de ejecución de la pena y tendrán un carácter formativo y generador de hábitos laborales, de disciplina y responsabilidad.

No tendrá fines aflictivos y constituye un instrumento conducente a favorecer la inserción social. No se aplicarán como correctivos ni en forma forzosa.

**ARTÍCULO 167.- Modalidades.** Se entenderá por actividad de formación, ocupacional y de capacitación, las que realicen las personas privadas de libertad dentro o fuera del centro, en las modalidades siguientes:

- a) Formación profesional o técnica.
- b) Estudio y formación académica.
- c) Las prestaciones en servicios auxiliares comunes del centro.
- d) Las artesanales, de producción intelectual, literaria, artística y autogestionarias.
- e) Las de dirigencia u organización permanente de actividades orientadas a la población penal.
- f) La prestación de servicios propiamente laborales a empresas o instituciones públicas, empresas privadas, por cuenta propia o en proyectos institucionales.

El desarrollo de estas actividades se aplicará a los efectos del descuento de la pena conforme el artículo 55 del Código Penal.

**ARTÍCULO 168.- Organización y funcionamiento.** El Instituto Nacional de Criminología, directamente o por medio de los consejos técnicos interdisciplinarios organizará, dirigirá y supervisará las actividades que realice la persona privada de libertad, tomando en cuenta las posibilidades ocupacionales y las habilidades, destrezas y conocimientos del individuo.

**ARTÍCULO 169.- Finalidad de las actividades de formación, ocupación y capacitación.** Su finalidad es facilitar la conservación, el desarrollo y adquisición de destrezas y habilidades laborales, de disciplina, liderazgo y educativas que faciliten insumos personales para un egreso responsable que posibilite un proyecto de vida sin delinquir. Su ejecución no deberá obstaculizar el desarrollo de los procesos de atención profesional.

**ARTÍCULO 170.- Criterios para la asignación de actividades u otras.** La selección para desarrollar este tipo de actividades es el resultado de una serie de procedimientos previamente definidos por vía reglamentaria, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- a) Capacidades, intereses, habilidades, actitudes y aptitudes del individuo.
- b) Características personales: emocionales, físicas y de salud.
- c) Desenvolvimiento ocupacional.
- d) Tipo de convivencia intracarcelaria.
- e) Escolaridad.
- f) Experiencia laboral.
- g) Seguridad institucional.

**ARTÍCULO 171.- Casos especiales.** Las mujeres con un embarazo de alto riesgo y hasta cuatro meses después del nacimiento; la mujer embarazada un mes antes de la fecha aproximada del nacimiento y hasta cuatro meses después; las personas que presenten alguna incapacidad física o psíquica que médicamente se acredite que le imposibilita realizar este tipo de actividades no tendrán que realizar actividad ocupacional o de formación alguna, sin perjuicio de disfrutar del beneficio del artículo 55 del Código Penal siempre que observen buena conducta.

**ARTÍCULO 172.- Causas de suspensión.** El ejercicio de estas actividades podrá ser suspendido cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- a) Por el cumplimiento de sanciones disciplinarias penitenciarias.
- b) Por traslados de la persona privada de libertad a prácticas judiciales o cualquiera otra diligencia ordenada por autoridad competente.

En estos supuestos, la Dirección del centro debe designar a otra persona privada de libertad para el desempeño del puesto mientras dure la suspensión.

La Dirección del centro o de ámbito dictará la suspensión y deberá notificar el acto, previo informe detallado del funcionario o funcionaria correspondiente, quienes brindarán la audiencia respectiva a la persona afectada.

#### **ARTÍCULO 173.- Cambio o cese de la actividad**

La actividad asignada podrá ser modificada o cesada en los siguientes casos:

- a) Reubicación de la persona privada de libertad a un ámbito de mayor contención física que impida el desplazamiento al lugar donde desempeñaba sus actividades.
- b) Bajo rendimiento.
- c) Por razones de salud.
- d) Por la ausencia injustificada de tres días consecutivos o por la ausencia alterna en tres fechas durante un mismo mes calendario.
- e) Por la comisión de faltas disciplinarias o delitos en el desempeño de las funciones.
- f) Por razones de seguridad institucional debidamente justificada.
- g) Por rotación de funciones o puestos.

El funcionario respectivo elaborará un informe con los elementos de prueba pertinentes y hará la recomendación que corresponda.

El informe deberá ser dirigido a la Dirección del centro o ámbito para que se pronuncie sobre la recomendación, justificando las razones de hecho y de derecho por la cual ordena el cambio o cese de la actividad y procederá a notificar su decisión a la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 174.- Descuento.** El descuento de la pena por la ejecución de alguna de estas actividades se regirá por lo que establece el artículo 55 del Código Penal. La asignación de este tipo de actividad autoriza un día de descanso semanal y diez días hábiles de descanso anual, como parte de la misma actividad y sin perjudicar el descuento correspondiente. Tratándose de personas dedicadas a estudios de educación general básica, secundaria o universitaria, el período de vacaciones es parte de la actividad misma y la aplicación del descuento procede siempre que no haya deserción y se haya aprobado un mínimo de los cursos o créditos, según se establezca en vía reglamentaria.

**ARTÍCULO 175.- Registro de actividades.** Los funcionarios de Orientación y Educación de cada centro penal serán responsables de mantener en el expediente de la persona privada de libertad el instrumento denominado "Registro de Actividades de Formación, Ocupación y Capacitación" y realizar un control efectivo de esas actividades. La omisión de completar este registro constituye falta disciplinaria.

En este documento se consignará toda la trayectoria realizada por la persona reclusa en los períodos de prisión preventiva y en los de ejecución de sentencia condenatoria. La misma obligación tendrán los encargados de las oficinas del Programa de Atención en Comunidad.

#### **ARTÍCULO 176.- Contenido del informe**

El informe de actividades de ocupación, formación o educación deberá remitirse oportunamente a la autoridad judicial para la liquidación inicial y posteriores modificaciones y deberá contener:

- a) Nombre completo de la persona privada de libertad.
- b) Período de acompañamiento al que corresponde.

- c) Fecha de ingreso al centro penal y fecha en que se le autorizó el beneficio del artículo 55 del Código Penal.
- d) Fecha en que se inició la ejecución de funciones de la actividad correspondiente.
- e) Descripción de la actividad de formación, ocupación o capacitación y del desenvolvimiento de la persona.

**ARTÍCULO 177.- No concesión del beneficio.** La no realización de actividades de formación, ocupación o capacitación por causas endosables a la persona privada de libertad conlleva la no aplicación del beneficio del 55 del Código durante el período correspondiente. Cuando el informe señale períodos no laborados deberá comunicarse el mismo a la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 178.- Gestión del incidente de modificación.** El Consejo Interdisciplinario, a través del representante de la disciplina jurídica o quien designe su director, deberá gestionar con al menos cuatro meses de anticipación, el incidente de modificación del auto de liquidación de pena ante el juez de ejecución competente. A la gestión deberá adjuntarse el cálculo provisional del cumplimiento de la pena, ficha de información y referencia al acuerdo del Consejo Interdisciplinario. Tratándose de penas breves se procederá oportunamente y desde su inicio.

Para la población ubicada en el Programa de Atención en Comunidad, el encargado de la correspondiente oficina será el responsable de este gestión.

**ARTÍCULO 179.- Control y supervisión de procedimientos.** La Dirección del centro o ámbito, el Consejo Interdisciplinario, los funcionarios responsables del Programa en Comunidad y la Oficina de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología, deben dar el seguimiento necesario a los procedimientos establecidos en el presente capítulo, con el fin de que cada persona privada de libertad pueda acceder al beneficio estipulado en el artículo 55 del Código Penal.

Corresponde al Instituto Nacional de Criminología supervisar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en este título.

**ARTÍCULO 180.- Descuento para personas indiciadas.** El Instituto Nacional de Criminología, por medio de los consejos técnicos interdisciplinarios podrá autorizar a la persona privada de libertad indiciada la concesión del beneficio del artículo 55 del Código Penal durante su período de prisión preventiva, para que se abone descuento adicional a la pena privativa de libertad que se le llegare a imponer.

**ARTÍCULO 181.- Informe de períodos de prisión preventiva.** Cuando así lo solicite la autoridad competente para confeccionar el cómputo inicial de la pena en virtud de sentencia condenatoria firme, la Oficina de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología remitirá el informe sobre la prisión preventiva descontada, dentro de los cinco días siguientes al recibo de la petición.

**ARTÍCULO 182.- Descuento para personas sentenciadas.** A la persona privada de libertad sentenciada, el Instituto Nacional de Criminología, a través del Consejo Interdisciplinario, podrá autorizarse el beneficio contemplado en el artículo 55 del Código Penal.

**ARTÍCULO 183.- Trámites no gestionados por la administración penitenciaria.** Cuando la incidencia de modificación de la pena, por aplicación de descuentos, fuere presentada por la defensa pública o privada, o directamente por la persona privada de libertad o un tercero, el director del centro o ámbito remitirá la información necesaria.

### **CAPÍTULO III**

#### **Formas de egreso del Servicio Penitenciario Nacional**

**ARTÍCULO 184.- Transferencia de personas sentenciadas para la ejecución penal.** La Dirección General de Adaptación Social del Ministerio de Justicia y Paz es la autoridad central competente para tramitar la transferencia de personas sentenciadas extranjeras para cumplir su condena en el país de origen, de conformidad con los convenios, leyes y reglamentos vigentes.

**ARTÍCULO 185.- Egreso por traslado.** Es el egreso de la persona privada de libertad de un centro del Programa Institucional para ser trasladado a otro centro del mismo programa. Deberá acompañarse de un informe técnico sobre el cumplimiento del Plan de Ejecución de la Pena.

El traslado se debe realizar de manera que se logre la continuidad de la ejecución del Plan de Acciones Inmediatas o Plan de Abordaje Profesional y se remitirá el expediente médico.

**ARTÍCULO 186.- Egreso por cambio de programa.** Es el egreso de la persona privada de libertad de un centro del Programa Institucional para ser trasladado a un centro del Programa Semi Institucional. Deberá acompañarse de un informe técnico sobre el cumplimiento del Plan de Abordaje Profesional y remitirse el expediente médico.

En el Centro receptor deberá realizarse un proceso de inducción a la persona privada de libertad, en el que se le informe sobre la nueva modalidad de cumplimiento de la pena, las condiciones propias del Programa y sus nuevas obligaciones, así como las consecuencias de su incumplimiento.

**ARTÍCULO 187.- Egreso definitivo.** Es el proceso de información e inducción dirigido a preparar a la persona sentenciada para su libertad. La autoridad penitenciaria emitirá un informe final sobre el cumplimiento del Plan de Abordaje Profesional y como parte de este proceso deberá gestionarse debidamente la modificación y liquidación de la pena, así como preparar al sujeto para el retorno a su medio comunal.

La administración penitenciaria desarrollará acciones de coordinación con instituciones públicas y privadas de asistencia social, tendientes a facilitar los medios básicos a la persona privada de libertad que no los tuviese para enfrentar su proceso de egreso.

**ARTÍCULO 188.- Orden de libertad.** La orden de libertad decretada por la autoridad judicial se ejecutará de inmediato por la autoridad penitenciaria, salvo en el caso en que por su comunicación fuera de horas hábiles y lo complejo de la situación jurídica penal o penitenciaria se haga necesario un mayor análisis o la consulta a la autoridad judicial, sin que el egreso pueda exceder de las doce horas del día siguiente.

**ARTÍCULO 189. Procedimiento de egreso.** Todo movimiento de egreso implica:



- a) Verificación de la legalidad del egreso.
- b) Verificación de la identidad de la persona privada de libertad que egresa.
- c) Entrega de pertenencias que requiera según sea traslado interno de corta duración, traslado interno definitivo o libertad.
- d) Comunicación inmediata del egreso a la autoridad que lo solicitó u ordenó, sea traslado interno, externo o libertad y a la autoridad institucional correspondiente.
- e) Cuando la persona que egresa esté indiciada o condenada por algún delito relacionado con violencia doméstica, la Dirección del centro lo informará a la Fuerza Pública.
- d) En caso de extranjeros ilegales, la Dirección se comunicará a la Dirección General de Migración.

**ARTÍCULO 190.- Devolución de los objetos y valores en custodia.** Al momento de la liberación o traslado se hará devolución de los valores y objetos depositados a nombre de la persona privada de libertad. Podrán ser retirados por la persona autorizada por este y para tal efecto se dispondrá de un plazo de seis meses.

Pasado este plazo, sin que se hubiere hecho retiro de los valores, estos serán depositados a la orden del Patronato de Construcciones, Instalaciones y Adquisición de Bienes, para ser invertidos en infraestructura penitenciaria.

**ARTÍCULO 191.- Constancia de libertad**

Al momento de la liberación, se entregará a la persona un documento donde conste expresamente el motivo de su egreso.

## **TÍTULO V MEDIOS DE IMPUGNACIÓN EN VÍA ADMINISTRATIVA**

**ARTÍCULO 192.- Clases de recursos.** Los recursos procedentes contra los actos y acuerdos de los órganos colegiados y demás autoridades penitenciarias serán ordinarios y extraordinarios, Son ordinarios el de revocatoria y apelación y extraordinario el de revisión.

Contra las resoluciones de la Comisión Disciplinaria, del Consejo Interdisciplinario, de la Dirección del centro o ámbito, del Consejo de Máxima Seguridad, cabrá el recurso de revocatoria y apelación en subsidio.

Contra las resoluciones del Instituto Nacional de Criminología se podrá interponer el recurso de revocatoria. Contra los actos dictados por cualquiera de estos órganos procede el recurso extraordinario de revisión.

La persona privada de libertad podrá interponer el recurso de revocatoria y de apelación en forma subsidiaria. En tal caso se tramitará la apelación una vez declarada sin lugar la revocatoria, de forma parcial o total. Si es declarada con lugar la revocatoria deviene innecesaria el conocimiento y traslado de la apelación.

Si la parte interesada únicamente presenta recurso de apelación, el órgano inferior se limitará a remitir el legajo de la impugnación con los antecedentes, ante el Instituto Nacional de Criminología, con razón de recibido y de la presentación dentro o fuera del término otorgado, salvo la apelación en materia disciplinaria que será competencia del juez de ejecución de la pena.

El recurso de apelación debe ser elevado ante el Instituto Nacional de Criminología para su conocimiento, resolución y agotamiento de la vía administrativa.

**ARTÍCULO 193.- Términos de interposición.** Los recursos ordinarios deben interponerse dentro del término de tres días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación personal del acto a la persona privada de libertad, bajo pena de inadmisibilidad.

**ARTÍCULO 194.- Presentación del recurso.** El recurso se podrá presentar verbalmente al momento de la comunicación o notificación o por escrito en el plazo de tres días y ante la Dirección del centro o ámbito, debiendo consignarse en el documento la fecha, hora, nombre y firma de quien lo recibe, quien lo remitirá de inmediato al órgano correspondiente.

**ARTÍCULO 195.- Plazos para resolver.** El órgano competente deberá resolver los recursos de revocatoria, apelación y revisión en un plazo no mayor de treinta días hábiles, contados a partir de la interposición del recurso.

**ARTÍCULO 196.- Ejecución y suspensión del acto.** El acto emanado del Consejo Interdisciplinario, de la Dirección del centro o ámbito, del Instituto Nacional de Criminología, y de la Comisión Disciplinaria se ejecutará una vez notificado al privado o privada de libertad.

La interposición de los recursos procedentes no suspenderá su ejecución, excepto en aquellos casos en que de oficio o a petición de parte se decida suspenderlo porque pueda causar daños de difícil o imposible reparación.

**ARTÍCULO 197.- Recurso extraordinario de revisión.** La parte podrá interponer el recurso de revisión contra los actos finales del Consejo Interdisciplinario y del Instituto Nacional de Criminología.

**ARTÍCULO 198.- Requisitos.** Cabrá el recurso de revisión contra aquellos actos finales firmes en que por manifiesto error de hecho, por la aparición de prueba documental esencial o que fuera ignorada al momento de dictar el acto u otros acontecimientos posteriores se dudase de la validez del acto.

**ARTÍCULO 199.- De los términos de interposición.** Para la presentación del recurso extraordinario de revisión rigen los siguientes plazos.

- a) De un año contado a partir de la notificación del acto impugnado, cuando se hubiese incurrido en manifiesto error de hecho.
- b) De tres meses contados a partir de la aparición de los documentos esenciales o de la posibilidad de aportarlos.
- c) En los demás casos, de un año contado a partir del conocimiento del hecho posterior.

**ARTÍCULO 200.- Fuente supletoria**

En materia de recursos se actuará con ajuste a lo preceptuado por la Ley General de la Administración Pública, en ausencia de norma expresa en la presente ley.

**ARTÍCULO 201.- Agotamiento de la vía administrativa.**

Cualquiera que fuere la procedencia del acto recurrido y salvo en materia de régimen disciplinario, el Instituto Nacional de Criminología se constituye en la instancia de alzada y su resolución agota la vía administrativa.

**TÍTULO VI**  
**ACCESO A LA JUSTICIA Y PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIÓN PENAL**

**CAPÍTULO I**  
**Autoridades judiciales competentes y principios  
rectores de la ejecución penal**

**ARTÍCULO 202.- Principio de legalidad o garantía ejecutiva.** Las sanciones penales se cumplirán conforme lo dispuesto en la Constitución Política, la normativa internacional, principios generales, la ley y reglamentos vigentes a la fecha de los hechos sancionados. La modificación legal o reglamentaria al cumplimiento de las penas no podrá ser aplicada retroactivamente salvo en lo más favorable para la persona privada de libertad.

**ARTÍCULO 203.- Límites de la sanción penal.** La ejecución de la pena solamente autoriza la restricción del derecho limitado por la sentencia penal. Cualquier restricción a un derecho diferente es válida únicamente en la medida que resulte necesaria, útil y proporcional para asegurar la imposición y el cumplimiento de la sanción impuesta. La restricción a los derechos fundamentales de la población penal nunca podrá ser absoluta y siempre se deberá resguardar su contenido esencial. Las medidas cautelares por protección personal requerirán el consentimiento de la persona privada de libertad, salvo que se dicten como parte de un proceso disciplinario en su contra.

**ARTÍCULO 204.- Jurisdicción especializada.** La jurisdicción de ejecución de la pena es la vía establecida para asegurar el derecho de acceso a la justicia de la población penal a la que se le ha impuesto una sanción penal firme. Corresponderá a estos jueces y juezas salvaguardar los derechos de la población privada de libertad, garantizar el cumplimiento del principio de legalidad por parte de la administración penitenciaria y corregir cualquier acción arbitraria, desviada o mala práctica, además del resto de funciones establecidas conforme el Código Procesal Penal y la Ley Orgánica del Poder Judicial. Los juzgados son especializados en el conocimiento de esta materia y en segunda instancia los asuntos serán de conocimiento de un tribunal especializado en ejecución de la pena, que conocerá de las apelaciones establecidas en todo el territorio nacional.

**ARTÍCULO 205.- Principios rectores.** En el proceso de ejecución de la pena rigen los mismos principios del proceso penal excepto la presunción de inocencia. Las normas se interpretarán favoreciendo la persona y su libertad.

**ARTÍCULO 206.- Derecho de defensa material y patrocinio letrado.** La persona privada de libertad podrá accionar directamente la intervención del juzgado de ejecución de la pena con la presentación de sus reclamos, solicitud de beneficios o demás incidentes. A la persona privada de libertad que no sea representada por su defensor particular ni lo pueda costear, se le asignará un o una profesional de la defensa pública que lo asesore y represente. La solicitud de nombramiento de defensor o defensora pública deberá ser atendida por el responsable, en el plazo de veinticuatro horas.

**ARTÍCULO 207.- Intervención de la víctima.** Cuando la víctima en la fase previa a la ejecución de la pena se haya constituido en querellante o manifestado su interés de mantenerse informada, señalando domicilio, medio o lugar para recibir notificaciones, se le comunicarán todas

las resoluciones judiciales de esta etapa del proceso penal y podrá asistir y ser escuchada en las audiencias orales señaladas. Igualmente, la víctima podrá apersonarse en cualquier momento de la ejecución penal y deberá ser escuchada e informada del proceso, así como de los beneficios otorgados a la persona privada de libertad, de las medidas dictadas en su protección y la instancia judicial o penitenciaria a la que puede acudir en caso de riesgo o necesidad de protección.

**ARTÍCULO 208.- Fijación de condiciones de cumplimiento de la pena.** El tribunal sentenciador, al momento de determinar las condiciones de cumplimiento de la pena impuesta, podrá autorizar el cumplimiento de la pena en el Programa Semi Institucional, bajo las condiciones que considere necesarias y en centro que en cada caso técnicamente defina la autoridad penitenciaria, tratándose de penas menores a seis años de privación de libertad, siempre que:

- a) La persona demuestre que entre la fecha del delito y de la condenatoria ha logrado llegar a comprender, atender y resolver plenamente las causas generadoras del delito.
- b) Que no haya sido necesario el dictado de prisión preventiva para asegurar la realización del debate y el sujeto se someta voluntariamente al cumplimiento de la pena impuesta.
- c) Que se acredite la capacidad para cumplir la sanción sin peligro de la comisión de nuevos delitos y presente un plan reparador del daño ocasionado con la acción delictiva.

En caso de incumplimiento de las condiciones de cumplimiento la autoridad competente lo comunicará al juzgado de ejecución de la pena, quien podrá ordenar la modificación del caso.

Autorizada la no institucionalización, la persona sentenciada se presentará en el plazo que le defina el tribunal, a la oficina que al efecto defina el director del Programa de Atención Semi Institucional, la que valorará su caso y las condiciones personales y sociales y determinará las condiciones de cumplimiento, obligaciones y Plan de Abordaje Profesional.

**ARTÍCULO 209.- Fijación de condiciones de cumplimiento de la pena impuesta a mujer embarazada o responsable de grupo familiar.** Tratándose de una mujer embarazada o madre jefe responsable de núcleo familiar monoparental con un niño o niña menor de cinco años o con un incapaz a su cargo, sentenciada con una pena por delitos que no evidencien un patrón de agresividad o grave violencia, el tribunal de sentencia podrá autorizar el cumplimiento de la pena en el Programa Semi Institucional o bajo arresto domiciliario bajo las condiciones y restricciones que considere oportunas y con el seguimiento del Programa de Atención correspondiente, siempre que se acrediten condiciones adecuadas para cumplir la sanción bajo esa modalidad sin riesgo de reincidencia. La persona responsable penal deberá en este caso presentarse en el plazo de 24 horas a la oficina de se le asigne y la misma rendirá informes semestrales al juez de ejecución de la pena, autoridad que en caso de incumplimiento grave podrá modificarse las condiciones otorgadas u ordenar el cumplimiento de la sanción bajo en el Programa de Atención Institucional.

Cuando el embarazo se genere ejecutándose el cumplimiento de una pena, la competencia para definir la modificación de las condiciones de cumplimiento conforme lo dispuesto en este numeral, será del juez de ejecución de la pena.

Una vez que la persona menor de edad supere los cinco años de edad, su progenitora deberá continuar cumpliendo la pena impuesta bajo las condiciones ordinarias sin perjuicio de los beneficios legales que correspondan.

**ARTÍCULO 210.- Remisión de documentación y comunicaciones.** El tribunal sentenciador firme la condena y detenida la persona, en los casos de pena privativa de libertad, realizará la liquidación de la pena impuesta abonando la preventiva o el arresto domiciliario correspondiente, así como el descuento a la pena, conforme el artículo 55 del Código Penal y 475 del Código Procesal Penal, definirá la fecha de cumplimiento de la pena sin beneficios, comunicando, en el plazo de veinticuatro horas, los testimonios de sentencia, la boleta de tener a la orden y la información del caso al Departamento de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología, al centro penitenciario y al Registro Judicial según corresponda.

Cuando la víctima se haya constituido en querellante o haya solicitado ser informada y señalado domicilio, lugar o medio para recibir notificaciones, así se consignará en el respectivo auto de liquidación de la pena.

En caso de condenatorias impuestas a varios sujetos, por cada uno se emitirá la boleta de tener a la orden y a cada boleta se adjuntará un testimonio de sentencia o resumen de hechos. Tratándose de asuntos resueltos en forma oral, el juez tramitador asegurará que a la documentación remitida a Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología se adjunte una minuta electrónica o escrita de los hechos por los que se sancionó a la persona. La omisión de esta información constituye falta grave disciplinaria.

**ARTÍCULO 211.- Obligación de la defensa de asegurar liquidación oportuna y remisión de documentación.** La función y responsabilidad del defensor o defensora en la fase previa a la ejecución penal, no cesan hasta que se asegure la liquidación inicial de la pena impuesta y la comunicación de la información y documentación necesaria a las autoridades penitenciarias competentes.

**ARTÍCULO 212.- Beneficio de ejecución condicional de la pena.** Cuando el tribunal de sentencia haya otorgado el beneficio de ejecución condicional de la pena, será esa misma autoridad la encargada de dar seguimiento al mismo, bajo el control y colaboración de la Oficina del Programa de Atención en Comunidad del Ministerio de Justicia y Paz. En este caso la autoridad judicial tiene la misma obligación de comunicar y remitir la documentación de la sumaria al Departamento de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología y a la oficina del Programa de Atención en Comunidad competente, así como al Registro Judicial Semestralmente la autoridad penitenciaria deberá informar el cumplimiento de las condiciones al tribunal.

En caso de incumplimiento, se resolverá previa audiencia a las partes y de ordenarse la revocatoria y el cumplimiento de la pena privativa de libertad, el tribunal mantiene las facultades para definir la forma de cumplimiento de la misma, conforme lo establecido en esta ley, debiendo dictar oportunamente el correspondiente auto de liquidación inicial y la comunicación de la documentación necesaria a la autoridad penitenciaria.

**ARTÍCULO 213.- Diligenciamiento de documentación necesaria.** En los casos en que la autoridad judicial no remita la documentación del caso oportunamente, la Secretaría del Instituto Nacional de Criminología comunicará la omisión al Tribunal de la Inspección Judicial y la jefatura

del Departamento de Cómputo de Penas gestionará la misma a través de la Oficina Centralizada de Información Penitenciaria, adjunta al Juzgado de Ejecución de la Pena del I Circuito Judicial de San José, la que se encargará de comunicarse con el tribunal penal correspondiente y asegurar la inmediata remisión de la documentación necesaria.

**ARTÍCULO 214.- Legitimación activa del privado de libertad y otros.** Los reclamos, gestiones, solicitudes de beneficios o quejas relacionadas con derechos constitucionales, legales o penitenciarios del privado o privada de libertad, no están sujetos a mayor formalidad y podrá gestionarse directamente, por comunicación escrita del sujeto o a través de sus familiares hasta segundo grado, su cónyuge o pareja o través de su representante legal o de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que apoyan esa población.

Quando la gestión no sea presentada por el propio privado de libertad ni su representante legal, de previo a darle curso, se le comunicará y otorgará una audiencia de tres días a efecto de que señale si continúa con la gestión, información que puede rendir el privado de libertad verbalmente en el mismo acto de la notificación.

Tratándose de reclamos de detención ilegítima, tortura o malos tratos, cualquier persona está legitimada para presentar la gestión.

**ARTÍCULO 215.- Competencia.** El juez de ejecución conocerá de los asuntos relacionados con el cumplimiento de la pena o medida de seguridad, una vez firme la sentencia condenatoria y asegurada la detención de la persona sentenciada o realizada la audiencia de referencia correspondiente tratándose de medidas de seguridad de tratamiento externo o penas alternativas.

Quando se haya otorgado con lugar un beneficio judicial que signifique el egreso del Programa Institucional o Semi-Institucional (libertad anticipada, libertad condicional, enfermedad, sustitución) la misma autoridad que haya resuelto conocerá los incidentes relativos a modificación o cumplimiento de la pena.

Tratándose de la ejecución de sanciones alternativas a la privación de libertad, el juez de ejecución de la pena competente para conocer, se determinará conforme el domicilio de la persona sentenciada.

Las gestiones y reclamos de la población detenida en forma cautelar -prisión preventiva- por irrespeto a sus derechos, serán competencia de la autoridad jurisdiccional que le tiene a su orden; la población detenida por faltas o contravenciones ante el juzgado contravencional correspondiente y los apremiados ante el juzgado de pensiones alimentarias competente.

Los reclamos de población sentenciada por error en la identidad de la persona sancionada, serán competencia del Tribunal Penal de Sentencia.

Los tribunales penales, juzgados penales y otras autoridades judiciales que tengan personas detenidas a su orden deberán visitar al menos cada seis meses los centros penitenciarios correspondientes.

**ARTÍCULO 216.- Atribuciones para el aseguramiento de la pena impuesta**

En casos de evasión o quebrantamiento de pena o incumplimiento de beneficios, el juez de ejecución de la pena tendrá competencia para dictar medidas restrictivas como el impedimento de salida, citación o captura nacional o internacional y órdenes de allanamiento.

En los casos en que se remita informe de incumplimiento grave de un beneficio penitenciario o judicial, la autoridad judicial por orden fundamentada podrá ordenar la suspensión del beneficio y la inmediata detención y captura del sujeto. Esta resolución tendrá recurso de apelación con efecto no suspensivo salvo que el tribunal de alzada ordene el efecto contrario.

## **CAPÍTULO II**

### **Funciones de vigilancia penitenciaria**

**ARTÍCULO 217.- Funciones de vigilancia penitenciaria.** Por cada centro penitenciario existirá un expediente judicial en el juzgado de ejecución competente, donde se constituirán como partes la representación fiscal y un defensor público.

El juez de ejecución de la pena deberá visitar los centros carcelarios del Programa de Atención Institucional, ubicados en su circunscripción territorial, al menos una vez al mes y en la visita deberá constatar las condiciones en que vive la población penal y el efectivo respeto de los derechos fundamentales y el cumplimiento de las reglas mínimas de las Naciones Unidas, el grado de ocupación de cada centro y la cobertura de los procesos de atención profesional de la población.

Cuando en el juzgado exista más de un juez y bajo su jurisdicción estén varios centros penitenciarios, cada centro será visitado al menos una vez al mes por alguno de los jueces.

Tratándose de centros penitenciaros compuestos por diferentes ámbitos con consejos interdisciplinarios independientes, cada ámbito deberá ser visitado mensualmente y para cada uno se tramitará un expediente.

La autoridad penitenciaria encargada de la dirección del centro o ámbito, que no reciba en un mes la visita del juez competente, deberá comunicarlo al Tribunal de la Inspección Judicial.

**ARTÍCULO 218.- Procedimiento para el dictado de medidas correctivas.** De previo a emitir medidas correctivas la autoridad judicial requerirá en la propia visita o posteriormente, un informe del director del centro penitenciario o del ámbito o sus superiores, sobre las vulneraciones de derechos que se constate y la solución administrativa inmediata. Rendido el informe se pondrá en conocimiento de las partes junto al acta de la visita, por el plazo de tres días a efecto de que se pronuncien y de inmediato se procederá a emitir la medida correctiva de cumplimiento obligatorio, debiendo asegurarse su seguimiento y cumplimiento efectivo.

**ARTÍCULO 219.- Hacinamiento carcelario.** El cumplimiento de la pena privativa de libertad en condiciones de sobreocupación carcelaria es ilegítimo y se prohíbe el cumplimiento de las penas sobrepasando el veinte por ciento de hacinamiento al constituir esa situación un trato cruel e inhumano.



Cuando en la visita carcelaria o por informe de las partes o de la misma autoridad penitenciaria, se acredite una situación de hacinamiento crítico el juzgado requerirá un informe en el plazo de tres días a la Dirección General de Adaptación Social y a la Dirección del Instituto Nacional de Criminología a efecto de que den la explicación del caso y su solución. De no resolverse la situación en el plazo de seis meses, se ordenará el egreso colectivo necesario conforme un plan de desinstitucionalización definido de forma objetiva por la propia autoridad judicial, dando prioridad a personas más próximas proporcionalmente a cumplir la sanción. Igualmente, frente a esta situación el Poder Ejecutivo podrá proceder a través de la figura del indulto colectivo por razones humanitarias y respeto a los derechos fundamentales como límites del ejercicio del poder punitivo.

### **CAPÍTULO III** **Procedimientos de ejecución penal**

**ARTÍCULO 220.- Trámite incidental.** Las solicitudes presentadas ante el Juzgado de Ejecución de la Pena, se resolverán vía incidental. Presentado el mismo, se dará audiencia a las partes por el plazo de tres días para que se pronuncien sobre la gestión inicial y ofrezcan prueba y en esa misma resolución el juzgado, conforme lo faculta el Código Procesal Penal, decidirá sobre la suspensión o no de las medidas administrativas que se cuestionan, sin perjuicio de poder pronunciarse posteriormente.

En caso de ser necesario un informe de la autoridad penitenciaria, se ordenará el mismo en un plazo de tres a cinco días, salvo norma expresa en contrario, según las circunstancias del caso y una vez remitido el mismo o evacuada la prueba, se pondrá en conocimiento de las partes por el plazo de tres días a efecto de que se pronuncien y emitan sus conclusiones. De no ser necesaria más prueba, se resolverá la gestión en el plazo de cinco días.

Cuando por alguna razón la solicitud de informe o prueba se remita a una autoridad que no correspondía, la autoridad penitenciaria remitirá la solicitud a la autoridad procedente, comunicando la situación a la autoridad jurisdiccional y se deberá remitir el informe oportunamente.

La no remisión de pruebas o informes constituye falta disciplinaria y autoriza al juzgador a tener por veraz el reclamo u ordenar la presentación del funcionario o funcionaria a efecto de que en audiencia oral rinda respuesta, presente prueba o informes.

#### **Sección I** **Incidente de queja**

**ARTÍCULO 221.- Incidente de queja.** A través de este incidente se tramitarán todos los reclamos que se presenten a favor del privado de libertad por irrespeto a sus derechos, que no tengan establecida una vía especial. Presentado el reclamo el juzgado requerirá informe en el plazo de tres a cinco días según las circunstancias y gravedad del caso, a la autoridad penitenciaria, a efecto de que se pronuncie sobre su veracidad y ofrezca la explicación y prueba del caso.

**ARTÍCULO 222.- Queja por detención ilegítima, tortura, trato cruel, inhumano o maltrato.** Tratándose de reclamos por detención ilegítima, tortura, trato cruel, inhumano, degradante o maltrato, se requerirá informe urgente y podrá ordenarse la inmediata presentación del privado o

privada de libertad al despacho o donde la autoridad jurisdiccional disponga. A este tipo de reclamos deberá darse atención preferente y no le aplica el período de caducidad.

**ARTÍCULO 223.- Queja por ubicación penitenciaria.** En caso de disconformidad con su ubicación penitenciaria la persona privada de libertad deberá gestionar su disconformidad ante la autoridad administrativa penitenciaria, interviniendo el juez vía incidente de queja, en caso de omisión de respuesta o respuesta arbitraria. Cuando se demuestre la omisión o una actuación arbitraria o falta de fundamentación, la autoridad judicial ordenará un pronunciamiento administrativo indicando el error específico cometido y ordenando subsanar el mismo. En caso de reiteración de la falta de fundamentación, le juez o jueza competente procederá a pronunciarse sobre el fondo del asunto definiendo la ubicación penitenciaria.

**ARTÍCULO 224.- Caducidad para la presentación de incidentes de queja**

Los reclamos de la población penal contra acciones de la autoridad penitenciaria, diferentes al régimen disciplinario, podrán presentarse dentro del plazo de tres meses a partir de la resolución, acto, o disposición administrativa generadora del perjuicio. Ese límite no rige en los casos en que no se ha podido presentar el reclamo por imposibilidad física o mental o por causas que no le son imputables, corriendo el mismo a partir del momento en que pudo ejercerse el derecho.

## **Sección II Incidente de libertad condicional**

**ARTÍCULO 225.- Sobre el incidente de libertad condicional.** presentada la solicitud de libertad condicional el juzgado procederá de inmediato a revisar su admisibilidad (cumplimiento de la media pena y ausencia de antecedentes superiores a seis meses) y de resultar procedente la gestión, dará audiencia a las partes por el plazo de tres días, para que se pronuncien y ofrezcan prueba y solicitará al Consejo Interdisciplinario del centro penitenciario la remisión en el plazo de un mes, del dictamen y estudios técnicos correspondientes, conforme el artículo 64 del Código Penal.

El privado de libertad sin antecedentes penales mayores a seis meses será consultado por la autoridad penitenciaria con dos meses de anticipación al cumplimiento de la media pena sobre su interés de que disfrutar del beneficio de libertad condicional. En caso afirmativo de oficio el Consejo Interdisciplinario procederá a realizar los estudios técnicos y el dictamen correspondiente y remitirá los mismos al juez de ejecución de la pena.

**ARTÍCULO 226.- Informe técnico.** El órgano del Instituto Nacional de Criminología encargado de emitir el dictamen del artículo 64 del Código Penal, será el Consejo Interdisciplinario del centro donde se ubique la persona privada de libertad. El mismo deberá contener un resumen de la situación jurídica y penitenciaria, una caracterización de la persona y un informe de los procesos de atención profesional brindados por las diferentes disciplinas en cada programa de atención.

En los casos que se considere que se presentan condiciones personales idóneas para la libertad condicional se acompañará el estudio de los recursos externos de apoyo.

Para la población femenina se avala la posibilidad de presentar como recurso laboral las responsabilidades socio familiares como tareas domésticas o el cuidado de personas menores de edad o con discapacidad, siempre que sean opciones reales y la persona sea apta para esos oficios. Para población adulta mayor o con alguna discapacidad que le dificulte el ejercicio de un trabajo, la oferta laboral podrá prescindirse siempre que se asegure contención y subsistencia.

**ARTÍCULO 227.- Audiencia oral.** Evacuada la prueba se señalará audiencia oral y pública con la presencia de las partes y la persona privada de libertad, para resolver la solicitud. Iniciada la audiencia el juez o jueza se presentará y dará oportunidad a las partes para que se identifiquen. Se informará de los motivos y dinámica de la audiencia y del derecho de apelar en caso de disconformidad. De manera resumida se informará al incidentista del contenido del dictamen rendido por la autoridad penitenciaria y demás prueba documental.

De previo a la intervención de las partes se dará la palabra a la persona gestionante para que se presente, exponga su caso y solicitud. Posteriormente se procede al interrogatorio de las partes, primero la defensa y finalmente la Fiscalía. Se procederá a evacuar la prueba que se haya aceptado al efecto. Seguidamente, en el mismo orden las partes presentarán sus conclusiones y previo a resolver, se otorga nuevamente la palabra al o la incidentista para aclaraciones o adiciones. Se procederá a resolver, exponiéndose en forma expresa las razones fácticas y jurídicas y la valoración de la prueba. En caso de conformidad de las partes con lo resuelto, se ordenará su inmediata ejecución.

**ARTÍCULO 228.- Sobre las condiciones que se imponen.** Cuando se declare con lugar el incidente de libertad condicional, además de las condiciones establecidas en el Código Penal, podrá imponerse entre otras, este tipo de condiciones:

- a) Señalar un domicilio fijo y señalar un lugar o medio para recibir citaciones judiciales. Cualquier cambio debe ser previamente informado y aprobado por el encargado de la Oficina del Programa de Atención en Comunidad.
- b) Mantenerse laborando conforme el plan de egreso presentado, cumpliendo con el horario de trabajo y funciones debidamente. Cualquier cambio de trabajo debe ser autorizado por el encargado de la Oficina del Programa de Atención en Comunidad del Ministerio de Justicia y Paz.
- c) Deber de mantener buena conducta.
- d) Un plan de reparación del daño producido por el delito. En los casos de insolvencia acreditada ese plan podrá ser simbólico.
- e) Hasta 100 horas de servicio a la comunidad en beneficio de organizaciones estatales o no gubernamentales de beneficencia social. En el plazo de un mes a partir del egreso del sujeto deberá presentarse el plan de cumplimiento de esta condición y en caso de que no se localice una organización para prestar el servicio, el mismo se realizará por referencia del Programa de Atención en Comunidad.
- f) Incorporarse a un programa de estudios o formación técnica, manteniéndose activo y con buen rendimiento.
- g) Prohibición de abuso de drogas o alcohol.
- h) Prohibición de portar armas, de ingresar a determinada zona geográfica o de acercarse, molestar o perturbar a la víctima o su grupo familiar.
- i) Incorporación a grupos de crecimiento personal o de auto ayuda para alcohólicos o narcóticos, ofensores sexuales, ludópatas o grupos de similar naturaleza.

- j) El internamiento en un centro para el tratamiento integral de la dependencia del alcohol, drogas u otras adicciones.

**ARTÍCULO 229.- Audiencia oral por informe de irregularidades o incumplimiento**

En los casos de informe de irregularidades o incumplimiento, a petición de las partes podrá celebrarse audiencia oral citando a la persona liberada condicional. De no presentarse el beneficiado a la audiencia siendo notificado en el lugar señalado, las partes emitirán sus conclusiones y se procederá a resolver.

**ARTÍCULO 230.- Suspensión provisional de la libertad condicional.** En caso de informe de irregularidades graves que signifiquen un peligro para la vida o integridad física de un ciudadano o la comisión de nuevo delito, sin perjuicio del señalamiento de audiencia oral, el juez podrá, a petición del Ministerio Público, ordenar la suspensión provisional del beneficio de libertad condicional y la inmediata captura y detención de la persona mientras se resuelve en firme su situación.

**ARTÍCULO 231.- Revocatoria de libertad condicional.** La revocatoria por nuevo delito sancionado con pena mayor de seis meses, exige la declaratoria de responsabilidad penal por sentencia firme, sin perjuicio que el respectivo informe acredite el incumplimiento grave de otras condiciones que podrían generar la revocatoria.

La detención del sujeto por nueva causa penal generará la suspensión del beneficio por imposibilidad de cumplimiento y el período de detención se computará al cumplimiento de la pena activa. Una vez definida su situación jurídica el juez o jueza competente se pronunciará sobre la revocatoria o no del beneficio.

**ARTÍCULOS 232.- Efecto de la revocatoria del beneficio de libertad condicional.** En caso de nuevo delito acreditado por sentencia firme, la persona deberá descontar la pena desde la fecha de los hechos del nuevo delito. En los otros casos, el juzgador deberá señalar la fecha a partir de la cual se acredita el incumplimiento.

Revocado el beneficio de libertad condicional, podrá volverse a gestionar pasados doce meses desde su reingreso y deberá acreditar su buen desenvolvimiento y la atención de las vulnerabilidades que se presentó en su momento.

**ARTÍCULO 233.- Nueva solicitud de libertad condicional.** Cuando no se otorgue el beneficio de libertad condicional por falta de condiciones idóneas y necesidad de completar procesos de atención profesional, pasado un plazo de seis meses la persona privada de libertad podrá gestionar nuevamente.

**ARTÍCULO 234.- Solicitud de incidente de libertad anticipada.** Este mismo procedimiento se aplicará para el otorgamiento de la libertad anticipada. Para la procedencia de este beneficio se exige el cumplimiento de un tercio de la pena impuesta, el carácter de primario en delitos y condiciones personas idóneas para el cumplimiento de la pena en libertad bajo las condiciones que establezca la autoridad judicial. Procederá para mujeres responsables de grupo familiar monoparental; para personas jóvenes que hayan cometido su delito sin haber cumplido los 21 años de edad; personas sancionadas que han cometido el delito siendo mayores de 65 años o

para quienes voluntariamente y en forma exitosa se han incorporado a procedimientos de atención de justicia restaurativa.

### **Sección III Incidente de enfermedad**

**ARTÍCULO 235.-** **Incidente de enfermedad.** La persona privada de libertad que no reciba una adecuada atención a sus requerimientos de salud podrá presentar esta incidencia, sin perjuicio de que cuando la propia autoridad penitenciaria determine su incapacidad para atender debidamente a una persona con una enfermedad grave, comunique y justifique la situación ante el Juzgado de Ejecución de la Pena, adjuntando su epicrisis médica y el estudio de recurso externo de apoyo.

En caso de ser necesario, el juzgado podrá ordenar la presencia en audiencia oral del médico responsable o remitir a la persona a valoración médico forense.

### **Sección IV Incidente de ejecución diferida**

**ARTÍCULO 236.-** **Ejecución diferida.** Presentado el incidente de ejecución diferida, se remitirá a Medicatura Forense a la persona para su valoración y de otorgarse el beneficio, el juez podrá ordenar la valoración médica anual del beneficiado, quien deberá someterse a la misma y caso contrario podrá revocarse el beneficio y ordenarse la reactivación de la ejecución penal.

### **Sección V Incidente de unificación de penas**

**ARTÍCULO 237.-** **Incidente de unificación de penas.** Cuando no se haya presentado oportunamente ante el tribunal sentenciador la solicitud de unificación de pena, el asunto será competencia del Juzgado de Ejecución de la Pena. A través de este procedimiento se aplica retroactivamente las reglas del concurso material de delitos. La identidad temporal de las diferentes sentencias condenatorias se determinará conforme la primer sentencia firme, la que constituye fuero de atracción de todas aquellas causas no separadas por condenatoria firme y que hayan podido haberse resuelto en un primer momento conforme las reglas de competencia por conexidad. En caso de presentarse diferentes grupos de condenas, el juez determinará los mismos y expresamente señalará en cuál se tiene el carácter de primario y cuándo califica como reincidente.

**ARTÍCULO 238.-** **Solicitud de informes para unificación de penas y suspensión provisional.** El Juzgado de Ejecución de la Pena requerirá informe al Registro Judicial y un informe al Departamento de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología, de la situación jurídica penitenciaria -pena activa, penas cumplidas, penas pendientes por descontar, fecha de los hechos y fecha de firmeza-. Evacuada esa prueba se pondrá en conocimiento de las partes por el plazo de tres días para que se pronuncien y de no requerir más elementos probatorios, emitan sus conclusiones. Vencida la audiencia o evacuada toda la prueba, se resolverá la solicitud en el plazo de cinco días. En los casos en que se acredite que la pena que se está descontando es ilegítima por haber excedido el límite máximo legal, la autoridad judicial podrá ordenar el egreso inmediato

y provisional del sujeto, a efecto de no causar mayor perjuicio y mientras se resuelve en firme la solicitud.

**ARTÍCULO 239.- Unificación de penas y beneficio de condena de ejecución condicional.** Cuando entre las causas con identidad temporal se haya otorgado el beneficio de condena de ejecución condicional de la pena, la misma se incluirá en la unificación pero no se sumará la pena en virtud de la naturaleza del beneficio, sin perjuicio de que en caso de revocatoria del mismo, se ajuste posteriormente la unificación.

#### **Sección VI Incidente de adecuación de penas**

**ARTÍCULO 240.- Incidente de adecuación de penas.** Cuando no se haya presentado oportunamente ante el tribunal sentenciador la solicitud de adecuación de penas y el monto a descontar de las sentencias condenatorias impuestas sobrepase en un mismo momento el límite máximo legal, de oficio o a solicitud de las partes, el Juzgado de Ejecución de la Pena limitará la última pena impuesta a una suma tal que adicionada al monto que falte por descontar de la pena activa o penas pendientes a la fecha de firmeza de la condena no exceda el referido límite.

**ARTÍCULO 241.- Solicitud de informes para adecuación de penas**

Presentada la solicitud de adecuación, de oficio el Juzgado solicitará informe del Registro Judicial y un informe de cómputo de penas del Instituto Nacional de Criminología, que señale la situación jurídica penitenciaria, indicando los montos de pena pendientes por descontar a la fecha de cada nueva condena penal impuesta y si excede o no el límite legal. Evacuada la prueba se pondrá en conocimiento de las partes por el plazo de tres días para que se pronuncien y de no considerar necesaria más prueba, emitan sus conclusiones. Vencida la audiencia o evacuada toda la prueba, se procederá a resolver la solicitud en el plazo de cinco días.

**ARTÍCULO 242.- Liquidación inicial y comunicaciones**

Declarada con lugar una unificación de penas o la adecuación, corresponde el dictado oportuno de su liquidación inicial y su comunicación al Registro Judicial y al Departamento de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología.

#### **Sección VII Incidente de modificación de penas**

**ARTÍCULO 243.- Modificación de pena.** Con cuatro meses de anticipación al cumplimiento de la sanción privativa de libertad, el Consejo Interdisciplinario comunicará al juzgado competente un informe de los beneficios que signifiquen la modificación cuantitativa del cumplimiento de la pena (descuento del artículo 55 del Código Penal u otros beneficios legales), adjuntando los informes de formación, ocupación o capacitación y la ficha de cumplimiento aproximado de la pena. El informe será puesto en conocimiento de las partes y de no existir prueba que evacuar, se resolverá en el plazo de cinco días. La omisión de controles sobre los períodos laborales no perjudicará a la persona privada de libertad.

La presentación tardía del informe constituirá falta disciplinaria y en caso de que esa situación obstaculice el dictado oportuno de la resolución judicial firme, la autoridad judicial podrá autorizar la suspensión de la pena en la fecha de cumplimiento aproximado que considere, a efecto de no causar perjuicio mayor. Tratándose de penas cortas, la gestión deberá presentarse en el menor tiempo posible, de tal forma que garantice una resolución judicial oportuna.

Definido el cumplimiento de una pena a través de esta vía y siempre que no existan penas o cautelares pendientes, la autoridad penitenciaria pondrá en libertad a la persona a las doce horas del día establecido judicialmente como fecha de cumplimiento.

### **Sección VIII**

#### **Incidente de ejecución de penas alternativas**

**ARTÍCULO 244.- Sanciones penales alternativas.** Cuando como sanción se haya impuesto una sanción no privativa de libertad, el tribunal sentenciador citará a las partes y el sentenciado, dentro del plazo de quince días a partir de la firmeza de la sentencia, a efecto de que en los casos de ejecución inmediata -multas- el sujeto acredite el cumplimiento de la sanción y en los demás asuntos, se explique a la persona el contenido de la sentencia impuesta, sus obligaciones, las consecuencias en caso de incumplimiento y las autoridades competentes para el seguimiento y el plazo en el que deberá presentarse ante las mismas. La persona sentenciada señalará un lugar para recibir notificaciones y deberá indicar un domicilio donde pueda ser localizada.

**ARTÍCULO 245.- Pena de multa.** El tribunal de sentencia al imponer una pena de multa por monto de un salario o parte del mismo, deberá concretar en todos los casos la equivalencia en días multa y las consecuencias del incumplimiento de la misma, así como los parámetros de conversión en caso de incumplimiento. En este caso un mes de salario equivale a 26 días multa.

#### **ARTÍCULO 246.- Conversión de la multa por servicios de utilidad pública**

Cuando el tribunal sentenciador autorice la sustitución de la multa por servicios de utilidad pública, su seguimiento será competencia del Juzgado de Ejecución de la Pena.

El incumplimiento injustificado de una multa o de los servicios de prestación de utilidad pública genera la conversión en días de privación de libertad sin perjuicio que de cancelarse en cualquier momento la multa original con los intereses devengados se produzca la extinción de la pena impuesta y el cese inmediato de la privación de libertad.

**ARTÍCULO 247.- Prestación de servicios de utilidad pública.** El tribunal penal al imponer una pena de servicios de utilidad pública deberá definir en el auto de liquidación correspondiente las horas por semana o mes que deben prestarse, el tipo de servicio y horario, la institución a favor de la cual se debe realizar, el encargado en esa institución de monitorear y reportar el efectivo servicio y la autoridad del Programa de Atención en Comunidad competente para darle seguimiento. Igualmente, deberá advertirse expresamente de las consecuencias en caso de incumplimiento y la forma como se podría convertir en una sanción privativa de libertad.

**ARTÍCULO 248.- Conversión en caso de incumplimiento.** Cuando la prestación de servicios de utilidad pública se haya establecido como sanción penal principal e injustificadamente no se cumpla con la misma, se declarará su incumplimiento y se convertirá en días de privación de

libertad, de tal manera que 24 horas de servicios de utilidad pública equivalen a un día de privación de libertad.

**ARTÍCULO 249.- Entidades para la prestación del servicio comunal.** Los responsables de las entidades sin fines de lucro, interesados en participar en la ejecución de la sanción de prestación de servicio comunal, deberán comprobar la idoneidad de los programas que ofrecen ante la Dirección General de Adaptación Social, la cual deberá autorizar y supervisar a estas entidades. El Programa de Atención en Comunidad deberá registrar las organizaciones o instituciones beneficiadas con este tipo de sanciones y promocionará socialmente las mismas.

### **Sección IX Incidente de ejecución de medidas de seguridad**

**ARTÍCULO 250.- Medidas de seguridad.** Cuando por sentencia firme se haya impuesto una medida de seguridad, el tribunal sentenciador citará a las partes, a la persona sentenciada y su custodio o responsable de acompañamiento y se explicará a ambas personas el contenido de la sentencia, sus obligaciones, las consecuencias en caso de incumplimiento y las autoridades -juez de ejecución de la pena y Programa de Atención en Comunidad o el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley del Hospital Nacional Psiquiátrico, según corresponda- encargadas del seguimiento y control. La persona sentenciada y su curador deberán señalar lugar para recibir notificaciones y tratándose de personas con medida de seguridad de tratamiento externo, deberá presentarse en el plazo de tres días a la Oficina del Programa de Atención en Comunidad competente según el domicilio de la persona.

El tribunal firme la sentencia y realizada la audiencia de información, ordenará la captura de la persona cuando sea pertinente y confeccionará un auto ordenando el cumplimiento de la medida de seguridad, remitiendo copia del testimonio de sentencia y su liquidación al Instituto Nacional de Criminología -tratándose de medidas no privativas de libertad- y al Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley para Medidas de Seguridad Privativas de Libertad y se inscribirá la sentencia en el Registro Judicial, remitiendo el expediente al Juzgado de Ejecución de la Pena competente.

**ARTÍCULO 251.- Revisión, modificación o cese.** Cada seis meses de oficio el responsable de ejecutar o controlar la medida de seguridad -Centro para la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley o la Oficina del Programa de Atención en Comunidad- remitirá al Juzgado de Ejecución de la Pena, un informe de seguimiento señalando el desenvolvimiento de la persona y la necesidad de continuación, modificación o cese de la medida. El Juzgado resolverá previa audiencia a las partes y en caso de ser necesario podrá citarse a las partes y peritos a audiencia oral, la que facultativamente podrá realizarse, en las mismas instalaciones del Centro para la Atención de Personas con Enfermedad en conflicto con la Ley, previa coordinación con sus responsables.

### **Sección X Incidente de conversión de pena impuesta en el extranjero**

**ARTÍCULO 252.- Incidente de conversión de pena impuesta en el extranjero.** Aprobada por la autoridad central la remisión de un nacional para cumplir en nuestro territorio la pena impuesta en un país extranjero y ubicado el sujeto en Costa Rica, deberá remitirse la información



del caso al juez de ejecución de la pena, a efecto de la liquidación de la pena correspondiente. Deberá adjuntarse la solicitud de la documentación correspondiente y un informe del país remitente de los beneficios otorgados al sujeto durante su permanencia en el extranjero, mismos que se serán reconocidos durante el período de permanencia en ese país y a partir de su traslado regirán únicamente los beneficios vigentes conforme la legislación nacional.

De toda la documentación se dará audiencia a las partes por el plazo de tres días para que se pronuncien y de no requerir más prueba emitan sus conclusiones. La solicitud se resolverá evacuada la prueba, en el plazo de cinco días.

### **Sección XI**

#### **Incidente de prescripción de sanciones penales**

**ARTÍCULO 253.- Incidente de prescripción de pena.** De oficio, a instancia de parte o de la Jefatura de Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología, podrá resolverse este tipo de incidente. Presentada la gestión el juzgado requerirá certificación actualizada del Registro Judicial y un informe de Cómputo de Pena, sobre situación jurídica-penitenciaria, fecha de evasión o quebrantamiento de pena, penas pendientes y si se presenta nuevos ingresos al Servicio Penitenciario Nacional. Evacuada la documental se dará audiencia a las partes por el plazo de tres días y de no requerir más prueba emitan sus conclusiones. En el plazo de cinco días se resolverá la gestión. En los casos que se declare la prescripción deberá comunicarse a Cómputo de Penas del Instituto Nacional de Criminología y al Registro Judicial, indicándose la fecha exacta en que prescribió la sanción y cancelándose las órdenes de captura o aprehensión correspondientes y cualquier otra medida restrictiva que se haya dictado.

### **Sección XII**

#### **Incidente por apelación de sanción disciplinaria**

**ARTÍCULO 254.- Apelación de sanciones disciplinarias.** En los casos en que se presente apelación de la sanción disciplinaria, la autoridad penitenciaria competente deberá remitir en el plazo de 48 horas la impugnación a la autoridad judicial junto con el legajo de procedimiento disciplinario. Se dará audiencia a las partes por el plazo de tres días para que se pronuncien sobre la impugnación y vencida la audiencia se resolverá en el plazo de cinco días. Lo resuelto tendrá recurso de apelación ante el tribunal competente. La autoridad judicial competente para conocer estos asuntos es el Juzgado de Ejecución de la Pena del Circuito Judicial que conozca de los asuntos del centro penitenciario que haya impuesto la sanción, independientemente de la ubicación que en ese momento tenga la persona privada de libertad.

### **Sección XIII**

#### **Autorización judicial para cambio de programa de atención**

**ARTÍCULO 255.- Cambio de Programa de Atención.** Cuando el Consejo Interdisciplinario de un Centro del Programa Institucional recomiende a su superior el cambio de programa al Semi Institucional, deberá remitirse el mismo en el plazo de 48 horas y el Instituto Nacional de Criminología deberá pronunciarse en el plazo de diez días hábiles.

Cuando el acuerdo del Instituto Nacional de Criminología sea favorable a la desinstitucionalización de la persona privada de libertad, deberá comunicar su decisión a la

representación del Ministerio Público en el plazo de 48 horas y la Fiscalía tendrá un plazo de tres días para comunicar a esa autoridad si se muestra conforme con la decisión o si procede a solicitar la intervención del juez de ejecución de la pena para que revise el acto y sin entrar a evacuar pruebas valore sobre su fundamentación y se pronuncie sobre su procedencia o no, previa audiencia de tres días al defensor. En caso de comunicación de conformidad de la autoridad representante del Ministerio Público, de inmediato se ejecutará el acuerdo administrativo. El mismo efecto se dará cuando la Fiscalía se haya manifestado disconforme y haya transcurrido un mes sin comunicación de la resolución judicial.

## **TÍTULO VII REFORMA Y DEROGATORIAS A OTRAS LEYES**

**ARTÍCULO 256.-** Se deroga el párrafo segundo del artículo 11 de la Ley de Penalización de Violencia contra la Mujer.

**ARTÍCULO 257.-** Refórmese el inciso b) del artículo 482 del Código Procesal Penal y se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 482.-            *Atribuciones de los jueces de ejecución de la pena***

*(...)*

***b)** Visitar los centros de reclusión del Programa de Atención Institucional, por lo menos una vez al mes, con el fin de constatar el respeto de los derechos fundamentales y penitenciarios de los internos, y ordenar las medidas correctivas que estimen convenientes. Los centros de los otros programas de atención se visitarán al menos cada seis meses.*

*(...)”*

**ARTÍCULO 258.-** Refórmanse los artículos 92, 97 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, N.º 8, de 29 de noviembre de 1937, reformada íntegramente por la Ley N.º 7333, de 5 de mayo de 1993, y sus reformas, y se lean de la siguiente manera:

**“Artículo 92.- *Existirán tribunales colegiados de casación, de apelación de sentencia, civiles, penales de juicio, de ejecución penal, de lo contencioso-administrativo y civil de hacienda, de familia, de trabajo, agrarios, penales juveniles, así como otros que determine la ley.***

*En cada provincia o zona territorial establecida por la Corte Suprema de Justicia existirán los tribunales de lo contencioso-administrativo y civil de hacienda que esta decida.*

*Los tribunales podrán ser mixtos, cuando lo justifique el número de asuntos que deban conocer.”*

**“Artículo 97 bis.-** El Tribunal de Ejecución de la Pena estará conformado al menos por una sección integrada por tres jueces, de acuerdo con las necesidades del servicio, y se distribuirán su labor conforme lo dispone la presente ley.

Los tribunales de ejecución de la pena conocerán:

- 1) Del recurso de apelación contra los autos dictados por los juzgados de ejecución de la pena.
  - 2) De los impedimentos, las excusas y las recusaciones, de sus integrantes propietarios y suplentes.
  - 4) De los conflictos de competencia suscitados entre los diferentes juzgados de ejecución de la pena.
  - 5) De los conflictos suscitados entre juzgados de ejecución de la pena y tribunales de juicio.
  - 6) De los demás asuntos que se determinen por ley.
- Presentado el recurso de apelación el mismo deberá resolverse en audiencia oral y sin exceder el plazo de un mes.”

**ARTÍCULO 259.-** Reforma del artículo 11 de la Ley N.º 6723 del Registro y Archivos Judiciales:

**“Artículo 11.-** El jefe del Registro cancelará los asientos de los convictos, cuando transcurrieren cinco años desde el cumplimiento de la condena sin efectuarse nueva inscripción.”

**ARTÍCULO 260.-** Refórmase el inciso c) del artículo 234 de la Ley N.º 9078, de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, y se lea de la siguiente manera:

**“Artículo 234.-** **Destinos específicos de las multas**

De las sumas recaudadas por concepto de multas por infracciones, que señala el inciso c) del artículo 10 de la Ley N.º 6324, Ley de Administración Vial, de 24 de mayo de 1979, y sus reformas, el Cosevi realizará, semestralmente, las siguientes transferencias de las sumas netas recaudadas una vez descontadas las comisiones que se pagan a los entes autorizados por la recaudación de las multas y sus accesorios.

(...)

c) Un tres por ciento (3%) al Patronato de Construcciones del Ministerio de Justicia y Paz para la atención de los programas de atención del Servicio Penitenciario Nacional.

(...)”

**ARTÍCULO 261.-** Refórmanse los artículos 50, 56 bis, 84, 97, 98, 99, 100, 101 y 102 y adiciónase un artículo 58 bis al Código Penal, y se lean de la siguiente manera

**“Artículo 50.-** **Las penas que este Código establece son:**

- 1) **Principales:** prisión, extrañamiento, multa, inhabilitación y la prestación de servicios de utilidad pública.
- 2) **Accesorias:** inhabilitación especial.
- 3) **Penas alternativas:** prestación de servicios de utilidad pública, la multa y el internamiento para el tratamiento en drogas con supervisión.”

**“Artículo 56 bis.-                      *Prestación de servicios de utilidad pública***

*La prestación de servicios de utilidad pública consiste en el servicio gratuito que ha de prestar la persona condenada a favor de instituciones estatales o de bien público. El servicio se prestará en los lugares y horarios que determine el juez de sentencia, quien deberá definir el horario de servicio sin interrumpir la jornada laboral habitual de la persona condenada, si posee trabajo. El control de la ejecución corresponderá a la Dirección General de Adaptación Social, que coordinará con la entidad a cuyo favor se prestará el servicio.*

*Si la persona condenada incumple injustificadamente las obligaciones propias de la prestación de servicios de utilidad pública, esta se convertirá en un día de prisión por cada día de prestación de dichos servicios. En el caso de que la prestación de servicios se haya impuesto como pena sustitutiva de una multa y el incumplimiento haya convertido la sanción en prisión, la cancelación de la multa impuesta con sus respectivos intereses extinguirá el cumplimiento de la sanción.”*

**“Artículo 58 bis.-                      *Internamiento para el tratamiento en drogas bajo supervisión***

*La sanción de internamiento para el tratamiento en drogas con supervisión consiste en la incorporación de la persona sancionada al Programa de Tratamiento de Drogas para la atención biopsicosocial de adicciones a sustancias psicoactivas, bajo el aval y diagnóstico de tratamiento del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacopendencia en en coordinación con el Instituto Costarricense de Drogas, el Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial y el seguimiento del Programa de Atención en Comunidad del Ministerio de Justicia y Paz. La sanción podrá imponerse por el tribunal de sentencia de manera fundada, como pena alternativa a la privación de libertad, en los casos en que esta no exceda de los cinco años y la persona brinde su consentimiento expreso, se acredite el aval del programa correspondiente y el hecho o hechos delictivos estén relacionados directamente con una situación personal de drogodependencia o síndrome de abstinencia. El programa nunca podrá exceder del plazo de la pena principal y en caso que oportunamente y por recomendación del mismo responsable de programa, se autorice el no internamiento, la persona seguirá sujeta a los respectivos controles hasta el vencimiento del plazo original. En caso de incumplimiento del programa de tratamiento en drogas, la autoridad judicial ordenará el cumplimiento de la pena principal sin que aplique a la misma el período de tiempo durante la pena alternativa.”*

**“Artículo 84.- Prescripción de penas**

*La pena prescribe:*

- 1)** *En un tiempo igual al de la condena, más un tercio, sin que pueda exceder de veinticinco años ni bajar de tres, si fuere prisión, extrañamiento o interdicción de derechos;*
- 2)** *En tres años, tratándose de días multa impuesta como consecuencia de los delitos; y 3) En un año si se tratare de contravenciones.*
- 3)** *En dos años, tratándose de la pena de prestación de servicios de utilidad pública u otras sanciones alternativas.”*

**“Artículo 97.- Principio de legalidad**

*Las medidas de seguridad se podrán imponer únicamente por la autoridad judicial penal competente y conforme lo establecido por la ley. Su finalidad es asegurar la atención médica y el tratamiento de la persona para procurarle su auto control y el mayor grado de autonomía personal a través de un proceso de rehabilitación biopsicosocial que facilite su incorporación en comunidad sin conflicto con la ley.*

*El juez o tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad.*

*Para personas con medida de seguridad por razón de drogodependencia o alcoholismo el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia y el Ministerio de Salud, deberán desarrollar programas especiales de atención.*

*El Consejo Nacional de Rehabilitación y de Educación Especial desarrollará programas para la incorporación a la comunidad de personas con medida de seguridad sin apoyo familiar.*

**Artículo 98.- **Ámbito de aplicación.**** *Las medidas de seguridad se aplicarán por el tribunal competente, previo dictamen médico psiquiátrico forense o informe del equipo interdisciplinario del Centro de Atención a las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, a la persona con capacidades mentales superiores disminuidas o abolidas, que al momento de los hechos se le haya impedido comprender la prohibición de la conducta, siempre que:*

- 1ª.** *Se haya cometido un hecho ilícito penal calificado como delito.*
- 2ª.** *Que del hecho y de las circunstancias personales pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevo ilícito penal.*

*Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el ilícito cometido no fuera privativa de libertad, solo podrá acordarse una medida de seguridad no privativa de libertad.*

*Los casos de incapacidad disminuida significativa que no anula la capacidad de comprensión ni el autocontrol, podrán sancionarse según las circunstancias del caso, disminuyéndose facultativamente la pena hasta en la mitad del mínimo legal del delito cometido.*

*La inimputabilidad o incapacidad disminuida no anula la responsabilidad civil y existe responsabilidad solidaria de los padres o responsables que hayan podido evitar el daño o hayan descuidado sus deberes de guarda.*

**Artículo 99.- Límite temporal.** *La medida de seguridad no podrá exceder del plazo máximo legal con que se sanciona el ilícito penal cometido, y al efecto el juez penal o tribunal fijará en la sentencia un límite temporal.*

*Tratándose de la medida de seguridad de internamiento, cesada la misma por la autoridad judicial, en caso de que la autoridad del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, considere que es necesario continuar con el internamiento remitirá a la persona al Hospital Nacional Psiquiátrico, donde se le valorará y determinará su ubicación conforme criterio médico y los procedimientos legales correspondientes. Los casos de cese en que la persona no cuenta con recurso externo, se remitirá al Consejo Nacional de Rehabilitación a efecto de que se incorpore a sus programas de rehabilitación y reinserción a la comunidad.*

**Artículo 100.- Tipos de medidas**

*La medida de seguridad, según las circunstancias del caso y necesidad de la persona, podrá ser de internamiento o de atención externa.*

**a) Medidas de seguridad de internamiento:**

- *El internamiento en el Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.*
- *El internamiento en centros del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia, de deshabituación y rehabilitación de patologías relacionadas con el consumo de alcohol o drogas.*

**b) Medidas de seguridad de atención externa:**

- *Atención y tratamiento en consulta externa bajo libertad vigilada.*
- *Obligación de mantener un domicilio determinado..*
- *La prohibición de conducir vehículos.*
- *La prohibición de portar armas.*
- *La inhabilitación profesional.*
- *La incorporación a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.*

**Artículo 101.- Nombramiento de custodio o responsable de acompañamiento**

*Quando se imponga una medida de seguridad el Tribunal de Juicio deberá nombrar un custodio o responsable de acompañamiento de la persona -preferiblemente un familiar cercano- y a ambos se informará de la finalidad de las medidas y obligaciones, así como de las consecuencias en caso de no cumplimiento. El custodio deberá señalar lugar o medio para recibir notificaciones en la etapa de ejecución o cumplimiento de la medida. Todo tratamiento coactivo deberá ser comunicado a esa persona responsable, quien podrá gestionar ante el juez de ejecución de la pena competente en caso de disconformidad. El custodio será nombrado preferiblemente a instancia de la propia persona y de no existir quien cumpla esa función se nombrará al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.*

**Artículo 102.- Revisión y modificación de la medida de seguridad**

*Durante la ejecución de la sentencia que impone una medida de seguridad, previo informe remitido de oficio por la autoridad responsable, el juez de ejecución de la pena se pronunciará cada seis meses y podrá:*

- a) Mantener su ejecución.*
- b) Decretar el cese por cumplimiento del tratamiento y alta médica,*
- c) Sustitución por otra u otras medidas menos gravosas.. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se podrá dejar sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida, respetándose el límite temporal de la misma.*
- d) Sustituir la medida de seguridad de atención externa por una medida de seguridad de internamiento, cuando la persona no se haya sometido al tratamiento médico y se determine la necesidad urgente de atención médica.*

*En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad de internamiento, el Tribunal Penal o el juez de ejecución de la pena, ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará al de la pena. Una vez cesada la medida de seguridad, el juez de ejecución podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquella, autorizar el cumplimiento de la pena bajo el Programa de Atención Semi Institucional.*

*Tratándose de medidas de seguridad de internamiento el informe será rendido por el equipo interdisciplinario del Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Este equipo está conformado por los servicios de Psiquiatría, Medicina General, Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Psicología Clínica y Derecho.*

*El informe de medidas de seguridad de atención externa, será rendido por la Oficina del Nivel de Atención en Comunidad correspondiente.”*

**ARTÍCULO 262.-** Refórmanse los artículos 2 y 12 Ley de Ejecución de Sanciones Penales Juveniles:

***“Artículo 2.- Ámbito de aplicación.** Esta ley se aplica a todas las personas menores de edad sancionadas, con edades entre los doce años cumplidos y menores de dieciocho años, y a las personas jóvenes adultas, sancionadas por delito cometido durante su minoridad, que comprende a los mayores de dieciocho años, hasta el cumplimiento de su sanción. Para los efectos de esta ley, a estos grupos etáreos se les conocerá como personas jóvenes.”*

***“Artículo 12.- Informes al juez de ejecución sobre el plan individual.** En la etapa de ejecución de la sanción, los funcionarios de la Dirección General de Adaptación Social deberán informar al Juzgado de Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles, sobre los avances u obstáculos para el cumplimiento del plan individual de ejecución; asimismo, sobre el ambiente familiar y social en que la persona joven se desarrolla. Estos informes se regirán por los siguientes plazos:*



**1.-** Para las sanciones socioeducativas, las órdenes de orientación y supervisión, el internamiento domiciliario y el internamiento durante tiempo libre los informes se rendirán trimestralmente.

**2.-** Para las sanciones de internamiento en centro especializado hasta dos años, los informes se rendirán trimestralmente.

**3.-** Para las sanciones de internamiento en centro especializado de más de dos años los informes se rendirán semestralmente, y al restar dos años para el cumplimiento de la pena se rendirán trimestralmente.

*De ser necesario, el juez de ejecución podrá ordenar a los entes públicos el cumplimiento de los programas fijados o establecidos en el plan individual de ejecución.”*

Rige a partir de su publicación.

Carlos Humberto Góngora Fuentes

Elibeth Venegas Villalobos

José Joaquín Porras Contreras

Ileana Brenes Jiménez

Rita Chaves Casanova

Víctor Hernández Cerdas

Juan Bosco Acevedo Hurtado

Patricia Pérez Hegg

Siany Villalobos Argüello

## **DIPUTADAS Y DIPUTADOS**

**27 de agosto de 2013**

**NOTA:** Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Especial de Seguridad y Narcotráfico.

## B. Entrevista a Alcyra Hernández Rodríguez

**Licenciada en Derecho, asesora legal del Pabellón centro de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCOL) del Hospital Nacional Psiquiátrico.**

- Realizada el 18 de marzo del 2014.

El sistema jurídico de Costa Rica no ha tenido un adecuado manejo de las personas con enfermedad mental, y si no se ha capacitado a la gente en el tema de salud mental por lo que es difícil proceder legalmente. Se ha dado una gran confusión respecto a las competencias del manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley y hasta dónde le compete al juez y al sistema judicial determinar el control terapéutico del individuo generando un abuso de las medidas de seguridad que se dictan, sin valorar apropiadamente el objetivo para las que fueron creadas.

El sistema judicial debería señalar plazos fijos para las medidas de seguridad, que deben estar en relación con el delito que es la verdadera competencia de la ley y no usar plazos indeterminados basados en la enfermedad mental y el mito de peligrosidad con el que se asocia; desde un inicio si un individuo con enfermedad mental ha ingresado al sistema judicial lo ha hecho por haber cometido un acto tipificado como ilícito y que entonces este acto ilícito conlleva una pena que en este caso no puede indicarse y es cuando se genera el conflicto debido a que el juez comienza a determinar qué hacer con una persona enferma cuando esto debería ser competencia de sistema de salud, en consecuencia suele cometerse el error de inclinarse por medidas de seguridad curativas con plazos indeterminados, la convertimos en una cadena perpetua porque al no conocer de salud se nos olvida que esa persona posiblemente no se vaya a curar, que si estaba en estado de abandono, es decir que algunos de esos individuos que viven en la calle han cometido delitos es porque ni el Estado ni la propia familia los han amparado y entonces funcionan como indigentes, esto también genera un conflicto debido a que el sistema judicial ante esta problemática busca resolver tanto el problema de salud como el problema social pero donde la única herramienta con la que cuenta es con la posibilidad de imponer internamientos psiquiátricos, cuando el resolver el problema social es resorte de otras instituciones, entonces se logra estabilizar la condición de salud pero no el problema social, así que el sistema judicial y el de salud terminan por asumir problemas de índole social, contando con muy pocas herramientas y generando un gran gasto económico. El trato desde la parte judicial se ha confundido respecto a su verdadera competencia que es el manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley.

La legislación costarricense está desactualizada respecto al manejo de la enfermedad mental, impresiona que el legislador se inspira en un antiguo concepto del “loco del barrio” , y de ahí la necesidad de una mayor y mejor capacitación del sistema judicial respecto al tema de la enfermedad mental, que sin duda es muy amplio que constantemente se está modificando, no se debería justificar la aplicación de medidas de seguridad basado únicamente en el diagnóstico de la

enfermedad que es lo que se ha observado con la creación del CAPEMCOL, la Licda. Hernández afirma que la norma carece de la amplitud necesaria para el manejo de las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley y que se limita a la aplicación de medidas de seguridad que en gran número suelen ser indeterminadas.

Es necesario dejar claro que hasta el momento no se ha creado en Costa Rica un centro especializado y que la realidad del CAPEMCOL es que se trata de un pabellón del Hospital Nacional Psiquiátrico, que se halla fuera de los confines estructurales del hospital debido a que así lo indican los votos de la Sala Constitucional, los que obligan a la división de las poblaciones de pacientes internados por indicación médica de los internados por criterio judicial y que en la actualidad el CAPEMCOL no reúne las condiciones requeridas para dar un manejo óptimo a esta problemática.

Un ejemplo es el caso de un individuo que al momento en que comete un delito estaba bajo los efectos de sustancias, pero que tanto Psiquiatría Forense como los informes del CAPEMCOL indican que conserva sus capacidades mentales superiores y su único problema es el consumo de sustancias y al no existir un centro de internamiento específico para el manejo de esa problemática en Costa Rica se le impone una medida de seguridad curativa indefinida en CAPEMCOL, pero que al ser una persona que no tiene enfermedad mental y al no poder consumir drogas dentro del centro se mantiene compensada, empieza a generar una gran cantidad de problemas de conducta en relación con descatos a las reglas y maltrato a el resto de usuarios que sí tienen una enfermedad mental, no tiene ningún objetivo que permanezca el centro.

La norma hay que equilibrarla porque lo único que producen son medidas de seguridad de internamiento, cuando en muchos de los casos no se requiere de un internamiento y muchas veces se opta ante problemas de tipo social que no son del resorte del sistema judicial.

El Artículo 86 del Código Procesal Penal dice que ante la duda o petición de las partes se evalúa a una persona con el fin de determinar si reúne las condiciones mentales necesarias para hacerle frente al proceso; basado justamente en ese artículo es que ingresan los individuos a CAPEMCOL para ser estudiados y al cabo de un mes se rinde un informe con referencia a la condición clínica del individuo para poder o no enfrentarse a un debido proceso, el cómo eran sus condiciones mentales al momento de los hechos no tiene importancia en el informe y esto suele generar confusión. Si el informe dice que el individuo conserva las capacidades entonces se continua el proceso con normalidad, pero si dice que no conserva las capacidades por medio del artículo 262 del Código Procesal Penal se indica que se mantenga el internamiento, basado en que no tiene las condiciones mentales necesarias para enfrentar un proceso pero también si se demuestra que existe un riesgo para sí mismo o para terceros en ningún momento debe basarse en las condiciones mentales al momento de la comisión del hecho.

Los centros de salud no son centros para mantener a las personas bajo custodia y por tanto no se puede indicar un internamiento ante la posibilidad de fuga o de obstaculización del proceso, y así lo indica una circular de la Corte Suprema de Justicia, pues el objetivo de los centros médicos es de restablecer la salud y si el informe dice que el sujeto conserva sus capacidades, puede enfrentar

un proceso legal pues está compensado de su enfermedad o no tiene ninguna enfermedad mental entonces no debería permanecer en un centro como CAPEMCOL, pues no necesita tratamiento, supervisión o rehabilitación, CAPEMCOL no es un centro para resguardo de personas.

El voto de la Sala cuando los obliga a crear a nivel de la Caja es muy clara: “para personas con enfermedad mental”, no hace referencia a cómo la persona cometió un hecho ilícito. En el juicio se determina cuál medida de seguridad le debe corresponder en caso de que al momento de los hechos se encontraba con capacidades mentales disminuidas o abolidas.

En una medida cautelar bajo el artículo 262 que podría prorrogarse hasta por un año que demora en iniciar el juicio, tiempo que es suficiente para explorar recursos que permitan el egreso una vez resuelto el problema de salud y entonces valorar la posibilidad de indicar una medida de seguridad ambulatoria en lugar del internamiento en CAPEMCOL. Pero este ejercicio no se hace, y entonces se pierde el objetivo de la medida de seguridad, pues durante un año que puede prorrogarse una medida cautelar ya puede lograrse el proceso de rehabilitación y la persona estaría en condición de integrarse a la sociedad.

La medida de seguridad curativa debe tener un plazo razonable comparado con la pena o menor a ella, el asunto de salud y social no son de resortes del sistema judicial. Así se maneja en la legislación española y ha sido la recomendación de CAPEMCOL.

El problema social muchas veces puede ser manejado y solucionado por el sistema de salud, pero se ve limitado cuando el sistema judicial ha indicado una medida porque esto hace más engorroso el proceso, por ejemplo no se le puede sacar del centro sin permiso, muchas veces los programas sociales tienen como requisitos el que la persona no tenga conflictos legales, por lo que es mucho más sencillo para el sistema de salud buscar una solución al problema social sin la intervención judicial.

Se requiere mayor capacitación en salud mental a la administración de la justicia, también debe revisarse por la Sala Constitucional el tema de las medidas de seguridad indeterminadas, porque la nueva circular indica que la medida debe ser proporcional y razonable y ahora los jueces se están atreviendo a indicar plazos.

Llama la atención el tema de la peligrosidad de la persona enferma mental, es un mito que hay que superar pues no es la persona quien es peligrosa es el entorno en el que se encuentra, pues el sistema judicial se basa en este precepto para segregar a la población con enfermedad mental. Busca quitar a los enfermos mentales de las calles, basados en el mito de la peligrosidad cuando puede ser hasta más peligrosa una persona sin enfermedad mental que ande libre en la calle.

El Consejo Nacional de Rehabilitación debería quitar de su reglamento el requisito de que no pueden admitir a personas con medidas de seguridad o sentenciados, eso nos limita pues ellos son el ente rector. CAPEMCOL se enfrenta con el problema de no poder ubicar a muchas de las personas con medidas de seguridad, se necesitan programas y apoyo de las instituciones encargadas para atender los problemas de CAPEMCOL, como que tiene un espacio muy reducido

para 105 pacientes, que podrán tener sus problemas, ser necios, ser mal hablados, por ejemplo, pero nunca agreden a los funcionarios aun teniendo pocos custodios. Esos pacientes salen a trabajar y son muy respetuosos, están en un medio protegido y eso es lo que necesitan, se requiere la opción de talleres protegidos, familias informadas que permiten al sujeto con enfermedad mental reintegrarse a la comunidad. Pues por una parte se les tiene consideración debido a su enfermedad mental y se evita un internamiento en un centro penal pero se les envía a un centro que tampoco tiene las condiciones óptimas, pues el enfermo mental entre más puede adaptarse e integrarse a la sociedad mejor va a ser, pero por el contrario si se le aísla y únicamente se le permite relacionarse con otros enfermos mentales son pocas las habilidades sociales que va a desarrollar y por tanto se provoca que su rehabilitación se estanque.

Es una falacia decir que en medidas de seguridad curativas se está buscando un bienestar para el paciente, los tenemos siempre con iguales, en espacios cerrados, para que no estorben en la sociedad ni desarrollen sus capacidades.

La medida de seguridad curativa tiene que ser bajo sentencia de hecho comprobado, todo el proceso legal tiene sus etapas, no se puede quedar con el proceso a medias. Se están viendo casos donde sujetos que tienen una enfermedad mental se les indica una medida cautelar de internamiento y puede pasar todo un año internado en el CAPEMCOL y al final ser liberados aun cuando nunca estuvo descompensado de su enfermedad mental, basado únicamente bajo el supuesto que al tratarse de un enfermo mental la familia no puede brindarle contención, por lo que se da un trato diferente a un sujeto con enfermedad mental de uno que no lo es y se le limita la posibilidad de conservar su libertad mientras se lleva a cabo el proceso de investigación y de juicio basado únicamente en el supuesto de peligrosidad, incluso muchas veces sin requerir tratamiento tal como es el caso de las personas con retardo mental. El sufrir el alejamiento de la familia más la pérdida de libertad pueden generar problemas en su salud.

Señalo la importancia de que, a nivel judicial, para estos individuos el juzgado tome la opinión de los expertos en salud y no simplemente se deje llevar por determinar ellos mismos qué es lo conveniente en materia de salud mental, no sólo apartando a esta población.

CAPEMCOL no es un centro de contención. El voto de la Sala dice que CAPEMCOL admitirá personas en conflicto con la ley y con enfermedad mental, la circular dice claramente que se debe respetar el voto y que no se deben usar los servicios de CAPEMCOL para la custodia de individuos que no corresponde, sino que el Estado costarricense tenga un centro para la rehabilitación en farmacodependencia, no debe estar en CAPEMCOL porque no tiene una condición mental que atender, en el caso de una persona que había ingerido drogas al momento de los hechos, por ejemplo.

Hay que entender para qué y para quiénes son las medidas de seguridad curativa, a nivel de IAFA se dice que la recuperación de drogas no puede ser obligada, y en psiquiatría se habla de que la recuperación del enfermo mental no está en cuatro paredes y aún así se creó CAPEMCOL. Si tenemos una población joven con problemas de drogadicción vienen al Centro o van a la cárcel a seguir consumiendo droga, el problema no se resuelve.

CAPEMCOL ha venido a asumir la población que no cabe en las cárceles, es el único centro que actualmente asume la población con medidas de seguridad curativa.

El centro no va a venir a resolver el problema de drogas porque no tiene las condiciones, estamos violentando los derechos de esos individuos, se van a volver hostiles al no tener contención, aún así con una medida indefinida van a permanecer ahí, violentamos la finalidad de que las personas con enfermedad mental no estén mezcladas con las que mantienen capacidades, pero se les da cabida a quienes perdieron su estado de conciencia en un momento dado y se instalan estando conscientes desde el mes en que son valorados, representan un desperdicio de recurso financiero, de espacio, de personal, ya que son una población muy demandante y hostil y con mayor peligro de fuga que estando en la cárcel, muchos de ellos manifiestan que se quieren “volver locos” permaneciendo en el CAPEMCOL.

## C. Entrevista a Álvaro Hernández Villalobos,

**Médico especialista en Psiquiatría, Jefe de Servicios médicos y Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico.**

- Realizada el 11 de marzo del 2014.

En el año 2000 ó 2002 se le solicitó a la Defensoría para que convocara a las partes involucradas para analizar el problema de manejo de las medidas de seguridad en el Hospital y de hacer una propuesta que pudiera resolver los problemas que se estaban dando, que tenían que ver con la violencia importada de las personas con medidas de seguridad que convivían con los pacientes psiquiátricos, en ese momento se pensó que los pacientes estaban indefensos frente a una población con ciertas características, sobre todo los que no tenían trastornos psiquiátricos que permanecían internados por tiempos prolongado, formaban grupos delictivos dentro del área hospitalaria.

La primera convocatoria se hizo a través de la Defensoría y participó la Corte Suprema, la Defensoría, salud mental de la Caja, el HNP, el Ministerio de Justicia y producto de esas reuniones se hizo la primera recomendación de crear un centro alternativo, en ese momento se reunió a todos los jerarcas de las instituciones que habían participado y se les presentó el proyecto. Recuerdo bien que la Ministra de Justicia de ese momento y el gerente de la CCSS, después de que se les presentó el proyecto, dijeron que no tenían potestad política para tomar esa decisión. La Comisión los citó para, que en caso de aprobarse el proyecto, la Comisión se mantenía para montar un proyecto definitivo para construir, servicios, presupuesto, etc. Pero como los jerarcas no llegaron a ninguna solución ahí quedó ese proceso.

Cerca del año 2006 el HNP decidió llevar el proyecto a la Asamblea Legislativa y había un diputado de Liberación Nacional que quería apoyar el proyecto, era abogado y conocía el problema de las medidas de seguridad, entonces se escribió un proyecto que inicialmente le daba todas las responsabilidades al Ministerio de Justicia y la CCSS asumía el apoyo técnico médico para el Centro pero el Centro era manejado por el Ministerio de Justicia con el apoyo de la CCSS. Ese fue el proyecto inicial.

Eso se trabajó en la Asamblea por un par de años y cuando pasó a la Sala Tercera, que sería previo al plenario, se reunió la Ministra de salud, el gerente de la CCSS (Eduardo Dorian) y la Ministra de Justicia y entre ellos tres decidieron que era la CCSS iba asumir el manejo y construcción del centro. Entonces, todo el proyecto original entonces se nos cayó porque lo estábamos pasándolo para el Ministerio de Justicia y estos señores se reunieron y el gerente de la CCSS decidió que la caja lo asumía, el proyecto lo cambiaron y los diputados cambiaron todo el proyecto y entonces a nosotros (los sindicatos y yo) no nos interesó y lo dejamos ahí. Hacíamos roles para ir a hacer “barra” a la Sala Tercera, los residentes y los asistentes, para movilizar la gente, generar presión y que los diputados vieran el interés del Hospital por ese proyecto. Cuando la parte política decidió

el cambio de rumbo del proyecto cambió todo por lo que habíamos trabajado en esos dos o tres años en la Asamblea Legislativa, entonces no hubo más interés. El proyecto llegó al plenario con aprobación de la Sala pero de igual forma el proyecto se estancó en el plenario.

Lo que ya había quedado claro es que el proyecto le iba a corresponder a la CCSS, en ese momento se presentaron dos o tres recursos de amparo que nos obligaban primero a hacer una separación interna de los pacientes, como estaba claro que no podían convivir con los pacientes con trastornos psiquiátricos primero se hizo una separación funcional de los pacientes dentro del mismo Hospital usando los pabellones, en los pabellones 3 y 4 se separaron unas áreas y ahí se ubicaron los pacientes con medidas de seguridad, entonces todavía convivían con los otros pacientes en un lugar diferenciado pero custodiado, pero después la CCSS había creado una Comisión para el diseño del proyecto para el cual estábamos trabajando, es comisión dio una primera exposición de su trabajo y esperaba órdenes para seguir trabajando en el presupuesto, etc., en ese momento se presenta un segundo recurso de amparo que obliga nos obliga a hacer la separación, no funcional, sino a una separación definitiva. Como el costo y el proyecto para construir el centro era un proyecto de varios años entonces lo que se decidió, en razón de ese segundo recurso, era tomar una solución alternativa que era buscar un lugar con ciertas condiciones, alquilarlo y acondicionarlo para el manejo de estas medidas hasta tanto no se construya el centro definitivo, por lo que el actual CAPEMCOL es una solución alternativa, temporal y parcial, incluso no incluyó a las mujeres, ellas se siguen manejando en el Hospital por ser una cantidad mucho menor y porque dan muchos menos problemas de conducta.

En esa decisión alternativa el Hospital formó un grupo de trabajo, empezó a buscar posibles lugares, hasta que se encontró una nave industrial en la Uruca de una fábrica que había cerrado y el dueño mostró interés y ofreció hacer todos los cambios necesarios a cambio de que se le garantizara un alquiler por un mínimo de años, el dueño fue quien hizo todas las modificaciones porque además la CCSS no puede invertir en un espacio que no es propio, el dueño hace las modificaciones y las incluye dentro de su alquiler, el señor ha sido consecuente y cada vez que se le solicita una modificación él la hace y lo convierte en un aumento del monto del alquiler. Esta ha sido la solución por el momento.

Cuando habíamos ido a la Asamblea Legislativa no se consiguió el proyecto pero al menos se aprobó un presupuesto para el proyecto, se logró gracias a la diputada Ana Elena Chacón, ella presentó cuando se estaba discutiendo el proyecto de Ley de la Junta de Protección, que se incluyera de un 0.5 a un 1% del presupuesto de los premios no cobrados para el Centro de Atención a Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, ese dinero se ha venido acumulando desde el año 2010 a la fecha y es un fondo destinado a comprar el terreno y construir o manejar el centro de atención, es un dinero que está disponible y se ha ido guardando para eso pero todavía no existe el proyecto del centro definitivo.

La CCSS asumió el proyecto pero la intención primera era que fuera asumido por el Ministerio de Justicia, lo que hace falta ahora es que la CCSS vuelva a convocar al grupo de trabajo para retomar el diseño de lo que sería el centro definitivo. Hay que planificar si la construcción se hace en



terrenos de la CCSS o del Ministerio de Justicia, que en algún momento ofreció, o se compra un terreno apropiado y se construye el centro, que ya hay un diseño preliminar de la primera comisión, pero es una decisión política y de la CCSS. Puede haber tal vez unos 2 mil millones de colones acumulados y se van a seguir acumulando cada año y considero que ya es tiempo de retomar el proyecto y formar el grupo de trabajo que va a realizar el proyecto definitivo.

Esto explotó a finales del año 2013 porque el centro abrió sus puertas en octubre del 2011 y en octubre de 2013 abrimos el centro con 50 pacientes que fue lo que históricamente se había manejado en el Hospital y en dos años pasamos de 50 camas pasamos a 112 camas, en dos años se sobrepasó la capacidad del 100%, entonces nos dimos cuenta que el centro tenía que crecer exponencialmente, porque si cada dos años duplica su población a dónde vamos a llegar.

Se ha trabajado mucho para que la corte respete los criterios diagnósticos del equipo y como peritazgos previos para que los jueces puedan tomar decisiones más expeditas en el caso de los sociópatas y las personas que no tienen trastornos psiquiátricos pero que tienen medidas, porque esa es la población que más problemas genera: los que están internados que no tienen trastornos psiquiátricos pero que tiene medidas, son la población que más problemas generan porque están internados sin trastornos psiquiátricos, por tiempos prolongados y además generan una serie de problemas de conducta. Sabemos manejar a los que tienen problemas psiquiátricos pero los que tienen trastornos de personalidad y trastornos de conducta no somos la institución que pueda manejarlas, se requieren técnicas más policiales o de control de conducta que no manejamos. Me entregaron el protocolo que hicieron ahí para manejar esta población, me parece demasiado estricto y que va contra los derechos humanos.

Sí se ha logrado avanzar y al parecer la Corte está reconociendo los peritazgos del equipo para que sean tomados en cuenta por los jueces para levantar medidas cautelares. Estamos proponiendo que sea prohibido el uso de esposas en este Hospital, que sea autorizado por el médico para usarlas, actualmente es lo contrario se usan salvo que el médico determine lo contrario.

El proceso ha sido largo pero llegó a la conclusión que había que tomar y era crear un centro adecuado, todavía no se ha construido el centro, el centro actual ya desbordó su capacidad instalada entonces es necesario seguir en el siguiente paso de construir un centro definitivo que reúna las condiciones, que pueda incluir también a las mujeres y que tenga las condiciones físicas y de seguridad que hacen falta, creo que ya sería el siguiente paso en la medida que ya hay un fondo acumulado ya hay una experiencia y una colaboración del Ministerio de Justicia en todo lo que tiene que ver con seguridad, ya hay protocolos de seguridad, aunque sean un tanto draconianos, y el paso que sigue es dar la solución definitiva.

Para efectos de la Corte y del Ministerio de Justicia, se considera que tenemos un centro penitenciario, ellos piden primero la división entre medidas cautelares y las medidas de seguridad, tiene que haber una división entre personas indiciadas y personas sentenciadas, entonces debe haber espacios totalmente diferentes para cada una de esas poblaciones y también tendría que haber otro espacio con todos los servicios para el área de mujeres, incluye el servicio de albergue, la parte de servicios de hotelería (servicios de comida, ropa, servicios sanitarios, etc.) incluyendo

áreas de docencia, de recreación, incluye talleres de rehabilitación, una plaza de deportes, salas de visita conyugal, salas para entrevista para abogados, de médicos, peritos, etc. el centro tiene que ser algo grande que llene tanto las necesidades del sistema de salud como del sistema seguridad.

El sistema de seguridad tiene que tener área de dormitorios al igual que el área médica para el personal nocturno, es un centro complejo aunque el número de camas puede que no sea tan grande porque va a depender de cómo se maneja en adelante los peritazgos.

Las familias encontraron un portillo en lo legal, entonces cuando se quieren quitar de encima a una persona con discapacidad primero le ponen medidas de protección. Yo siempre me he cuestionado el hecho de cómo se le pueden poner medidas de protección a una persona con discapacidad, ya lo que conduce es a un abandono de incapaz; entonces le imponen medidas a una persona con un retardo mental severo o a un esquizofrénico que no puede sobrevivir solo y que sabemos de antemano que las va a incumplir y cuando lo hace pasa a ser una ofensa penal y entonces lo encierran. Ese es un portillo que yo no sé cómo cerrar, porque he hecho la consulta si se puede poner medidas a pesar de mantener una discapacidad, eso trae consigo el abandono de incapaz y mejor le pasan a la persona a una institución.

En Costa Rica hay muy pocas instituciones que pueden dar solución de albergue a personas con enfermedades mentales que son rechazados por sus familias, el Hospital lo ha asumido como institución estatal, porque no se rechaza el traslado de un paciente de larga estancia una vez que se ha comprobado el abandono y que cuenta con alguna discapacidad.

El costo de mantener una persona internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante tres meses es lo que cuesta mantenerlos en un acilo un año, se ha tratado de convencer a los jefes de la Caja. En la CCSS lo que ha dicho al respecto es que eso no es atención de salud y por tanto no le corresponde a la CCSS, sino que se trata de políticas de atención de pobreza y como tal le corresponde al IMAS u otras instituciones, porque es atención de pobreza y no de salud. Tiene su punto porque no son enfermos, si una persona está estable no se considera enferma, por más retardo mental que tenga, aunque sea un discapacitado no necesariamente tiene que estar institucionalizado. El Estado adolece de servicios para esta población, excepto por los que ofrece el Consejo Nacional de Rehabilitación, pero esa es una institución en crisis. El año pasado el CONARE sub-ejecutó su presupuesto en 2000 millones de colones, se dejó de invertir todo ese dinero en discapacidad porque el Consejo fue incapaz de manejar ese presupuesto. El Patronato Nacional de Rehabilitación fue un adefesio que quedó de la polio, fue inicialmente para personas con poliomielitis y era un centro de atención, rehabilitación o convivencia para personas que padecían polio y después de eso se ha mantenido, todo el mundo ha querido entrarle a ese centro porque tiene muy buenas instalaciones pero es manejado por una familia que se apoderó del centro y ha impedido que cualquier persona externa intervenga, pese a que siempre lo ha querido manejar el CONARE no ha podido, aunque este último tiene un presupuesto mucho mayor.

El Consejo prácticamente nos cortó la posibilidad de aceptar a nuestros pacientes. Ahora mandamos un paciente pero nos indican una leyenda que dice que recibieron la solicitud y hay un plazo de dos meses para tramitarse y depende de que cumpla con los criterios establecidos por el

Consejo Nacional de Rehabilitación y nos da dos meses para que ellos tomen la decisión. El CONARE pertenece al Ministerio de Salud, no sé qué autonomía tengan, deben tener alguna. En ausencia de un programa de la CCSS le correspondería al Consejo de rehabilitación y si la Caja lo contemplara habría que pensarlo, porque el centro penitenciario está creando un pequeño asilo que se va mantener, ellos han querido pasarlo para el HNP pero no hemos estado de acuerdo. Tanto en el Hospital Psiquiátrico como en el CAPEMCOL acumulamos una población residual, porque está claro que es imposible rehabilitar en las cárceles o cualquier lugar cerrado.

Después de 20 años de una medida de seguridad qué medida de rehabilitación se puede hacer, cuando en todo ese tiempo no se llevaron a cabo las medidas necesarias para mantener a esa personas funcionales, parte del problema del centro es que está creando un pequeño acilo residual.

Han tenido muchos problemas en farmacodependencia, ahora el Dr. Quirós les va a colaborar con un programa de control de adicciones, pero el manejo ahí es mucho más estricto, ahí no se permite fumar del todo y hay requisas de entrada y de salida por parte la policía así que es muy difícil que ingrese drogas, hay mucho control de tipo penitenciario.

Muchos de las medidas cautelares tal vez la mitad son farmacodependientes, en este momento el Centro maneja 30 camas de agudos y 60 camas de crónicos, o sea de larga estancia. Ahora tienen internados a 64 pacientes para 60 camas de larga estancia y la parte de agudos que son 30 camas ya tienen 42 pacientes, en total 106 paciente para 90 camas oficiales y 16 pacientes extra. Hemos tenido un máximo de 112 pacientes pero el número aumento 50% en dos años, entonces si a esto no se puede poner un límite de que las personas que ingresan sea porque tienen una enfermedad psiquiátrica que lo amerite, eliminando las medidas cautelares que son tomadas por los jueces como una limpieza social, si se logra racionalizar el ingreso y se respeta el criterio del equipo para dar los egresos entonces esto podría funcionar, pero como se entraba la parte de comunicación y la resolución pronta de los jueces entonces los tiempos de estancia se prolongan, en estos momentos los tiempos de las medidas cautelares rondan los 6 meses.

Con la apertura del centro los jueces descubrieron que había un lugar donde ubicar personas que ni están del lado delictivo como para mandarlos a una cárcel pero que sí tienen rasgos de personalidad y un funcionamiento ligado a drogas, vagancia, etc. que los hace propensos a cometer delitos menores y se vuelve una limpieza social, por delitos menores están condenando personas, entonces abarrotaron el centro en dos años.

Lo que siempre hemos querido para trabajar es tener centros diurnos, centros de apoyo a las familias, centro protegidos para trabajo, talleres protegidos, donde las familias tengan un apoyo donde la persona con enfermedad mental cuente con un trabajo y que participe en la comunidad y participe en actividades que le ocupen todo el día, donde le paguen algo, tenga un oficio, que tenga una vida social y que se puede relacionar con otros, servicio de apoyo a las familias y apoyo a las personas con este tipo de problemas, que requieren una condición controlada para aprender a trabajar.

La CCSS ha tenido que asumir estos problemas, pero esto es un error conceptual porque el hecho de que yo tenga una enfermedad mental no significa que yo estoy enfermo todo el tiempo, las enfermedades mentales oscilan por crisis y entre crisis las personas pueden tener un funcionamiento aceptable. Costa Rica ha firmado demasiados convenios que no cuenta con los recursos para cumplirlos, tenemos demasiadas leyes y no sabemos cómo cumplirlas, entonces tenemos una situación particular porque pretendemos ser muy modernos en la defensa de derechos pero las condiciones reales no lo permite su aplicación.

## D. Entrevista a Cristian Elizondo Salazar

**Médico especialista en Psiquiatría, Jefe del pabellón centro de atención a personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCOL) del Hospital Nacional Psiquiátrico.**

- Realizada el 18 de marzo del 2014.

Yo conozco los antecedentes de la creación del CAPEMCOL por historia, por los problemas que se daban en el Hospital Psiquiátrico de tener en conjunto personas con enfermedad mental que tenían conflictos con la ley y los que no, todos enfermos mentales, porque los que tenían problemas con la ley una vez que se compensaban de su enfermedad mental daban muchos problemas de tipo delincencial: robos, malacrianzas, abuso sexual, agresión física y desacato a las normativas que se seguían en el Hospital.

Esto dio pie a que el Hospital pusiera la queja en la Defensoría, se hizo una reunión con varias instituciones y al final lo que se recomendó fue la creación de un centro especializado para esta población de enfermos mentales que tenían problemas con la ley para atenderlos aparte. Esto no pasó más allá de la recomendación después se trató de incorporar un proyecto de ley el cual fue el que obligara a la creación del centro especializado, pero lo que realmente hizo que se ordenara la creación de CAPEMCOL fue un recurso amparo que se presentó por parte de un familiar de un paciente que estaba internado por enfermedad mental que fue agredido por otro paciente con enfermedad mental que tenía conflictos con la ley, la Sala Constitucional ordenó a la presidencia ejecutiva de la CCSS que tenía que crear, construir y poner en funcionamiento un centro especializado para atender a las personas con enfermedad mental y capacidades disminuidas o abolidas que se les imponía una medida cautelar o de seguridad curativa por el sistema penal, esto fue en mayo del 2009.

La CCSS creó dos comisiones, una Comisión A que se encargaría de la creación del centro especializado y la Comisión B, que era prácticamente la misma, que se iba a encargar de cumplir con la parte B del mismo voto ideaba que era la de separar las poblaciones. Pasó un año y no se había concretado nada, entonces hubo otro recurso e entonces la Sala Constitucional ordenó a la similares circunstancias, entonces la Sala ordenó de forma inmediata al Hospital Psiquiátrico que tenía que separar las poblaciones, el Dr. Navarrete, Director General del Hospital, creó una comisión creada por un médico psiquiatra y por un administrador y ambos se encargaron de buscar un lugar ,contratarlo, alquilarlo y ponerlo en funcionamiento con una población que se iba a trasladar del Hospital Psiquiátrico a ese lugar, así nació CAPEMCOL, a partir del 22 de agosto donde empezó a funcionar como una unidad que es un servicio más del HNP que alberga a la población masculina que tiene problemas de conflicto con la ley, la población femenina permanece en el HNP tomando en consideración que el recurso humano, la infraestructura y las condiciones de seguridad no permiten mantener a ambas poblaciones juntas, aparte que la

población femenina es muy poca y no da mayor problema delincencial entonces no es el principal de los problemas para el HNP y se decidió mantener ahí a las mujeres y enviando a todos los hombres a las nuevas instalaciones.

En un principio se trasladaron 49 pacientes, que eran los que en un principio estaban internado en el HNP, y una vez abierto el servicio ha venido en aumento tanto las medidas cautelares como las medidas de seguridad curativas, al punto que la proyección que se hizo al abrir este servicio fue de 75 camas, pensando en 70 para hombre y 5 para mujeres, y pensando que al menos se iba a demorar dos años para saturar el centro, pero en cuestión de 5 meses se habían llenado las 75 camas llenas, después de eso ha venido en aumento solo en la población de hombres. Se pensó en un proyección baja de 75 camas pues en ese momento se consideró que era una proyección alta, revisando que históricamente nunca se había superado más de 60 medidas de hombres al mismo tiempo en el HNP, se pensó que 75 podía permitir un margen de aumento razonable, pero no fue así en cuestión de 6 meses tenían los 75 llenos y a partir de ahí se comenzó a aumentar por arriba de los 75, aumentando el número de pacientes con medidas cautelares o de seguridad curativa pero sin que con este crecimiento de la población aumente el personal, la infraestructura ni el presupuesto. No tenemos presupuesto independiente el presupuesto de nosotros depende de lo que el HNP pueda darnos, pero como servicio ni comunidad contamos con ese recurso.

A nivel nacional y del Poder Judicial han tenido el concepto de que ya el centro está creado, de que ya somos una unidad aparte y de que la CCSS ya cumplió con la apertura y construcción, o por lo menos ese centro especializado para este tipo de atención y no es así, porque apenas se está cumpliendo con el Punto B del primer voto y el segundo voto que es la separación de los pacientes del HNP pero no estamos cumpliendo con el punto A del primer voto, que era la la creación del centro especializado propiamente dicho.

#### **Actual funcionamiento:**

Nosotros tenemos una parte administrativa con secretarías, bodeguero, vigilancia, transportes, nutrición, con un administrador y aseo.

En la parte técnica se cuenta con enfermería, psiquiatría, medicina general, psicología clínica, terapia ocupacional, trabajo social y enfermería.

La CCSS para este proyecto creo 59 plazas, de esas 33 corresponden a la parte técnica y el resto para la parte administrativa, todos los elementos que no tengamos a disposición dentro del Centro por encontrarnos a 10km del HNP, nos lo da como servicios de apoyo el HNP.

#### **Procedimientos para las medidas de seguridad cautelar o curativa:**

Se reciben pacientes con un criterio: que sea enviado por orden judicial penal de internamiento al HNP, pero tiene que tener dos elementos uno el aspecto judicial, ya sea que está en proceso de investigación o sentenciado a una medida de seguridad curativa, el segundo elemento es que

tenga una enfermedad mental como tal. En esa situación el tribunal o el juzgador cree que cumple con ambos elementos es suficiente para enviarlo a internar. A CAPEMCOL no le corresponde probar los hechos pero si confirmar si tiene una alteración, si esta alteración es producto de una enfermedad mental y si la enfermedad supone algún tipo de discapacidad mental, y cómo están sus condiciones para comprender sus propios actos.

Si después de la evaluación se confirma que el paciente tiene una enfermedad, que está descompensado y necesita tratamiento nosotros mismo lo tratamos, si no necesita nada le mandamos un informe al juez diciendo las condiciones mentales en que se encuentra ese individuo.

Con las medidas de seguridad curativas ya son personas que han sido sentenciadas y que tiene definido un diagnóstico psiquiátrico, entonces podemos partir de que la mayoría de ellos tiene una enfermedad mental, pero no todos porque a veces como que se cuelan el filtro y nos ha llegado personas que no tienen enfermedad mental, completamente estables mental y conductualmente, pero la mayoría sí tienen una entidad diagnóstica definida y vienen para un proceso de rehabilitación en salud que es restablecer las condiciones de estabilidad mental y conductual de la persona y hacerlo de alguna manera segura y potenciar su capacidad para poderlos reubicar comunitariamente y que funcionen de forma apropiada segura que es el último punto de la rehabilitación, haciendo las coordinaciones necesaria.

Principales obstáculos con la medidas cautelares es que una vez que al paciente se diagnostica, se recupera o se evidencia que no tiene una enfermedad mental y se descarta uno de los dos elementos para estar aquí, al momento de informarle al juez esa condición no se cumple con la suficiente rapidez para sacar al paciente del centro, a una persona que no requiere ningún cuidado en atención de salud, por lo que consideramos que no tienen motivos por estar en un centro hospitalario y a veces los dejan casi que para custodiarlos por la parte judicial no siendo este lugar una cárcel sino un centro hospitalario donde se tienen que ver personas que tienen una enfermedad mental.

Los plazos en que se quedan las personas que no tienen una enfermedad mental se alargan y aparte al no tener una verdadera enfermedad mental y tienen alto perfil delincencial se generan muchos problemas y mucho desgaste para el personal y muchos riesgos para los demás enfermos mentales, eso con las medidas cautelares.

Con las medidas de seguridad curativas el problemas es más de tipo social, porque al ser personas con enfermedad mental muchos crónicos y con plazos indeterminados o muy largo se desvinculan con mucha facilidad de la comunidad y las familias, aparte de que vienen por delitos contra la sociedad, la comunidad y la mismo familia entonces se genera mayor rechazo y algunos que no pueden valerse por sí mismos porque tienen una discapacidad entonces al momento de querer presentarlos como una persona que ha alcanzado el tope de la rehabilitación, donde lo que se requiere es un proceso de rehabilitación extra hospitalaria, no contamos con las condiciones para hacerlo, entonces ejecución de la pena no nos permite continuar y se convierten en sujetos que permanecen en el centro con un propósito más bien asilar, entonces no se cumple con el

verdadero objetivo de una medida de seguridad curativa, primero porque no llega a ser curativa porque la problemática social no permite avanzar a la fase de reintegración a la comunidad y segundo porque la medida de seguridad curativa tiene el objetivo de recuperarlo para poder darlo en libertad entonces al no poderlo ejecutar se convierten casi en “cadenas perpetuas” .

### **Limitaciones de CAPEMCOL:**

Hay una desproporcionalidad entre lo que creció la población de personas que se internan aquí, donde nosotros no podemos poner límites porque son órdenes judiciales que no podemos desacatar, producimos una prevista de 75 camas pensando que eso es lo que se podía manejar según la infraestructura según el recurso humano que teníamos, pero ahora definitivamente con la sobrepoblación tanto de medidas cautelares como de seguridad se ha superado la capacidad del centro en todo el sentido, esto da al traste con muchos procesos de rehabilitación que son más fáciles en grupos pequeños, con menos demanda, de mayor abordaje, mayor investigación, más estudio, mejores tratos, tratamiento y seguimiento de cada una de las personas que vienen aquí.

Hay una trabajadora social para 100 personas, entre cautelares y medidas de seguridad curativa y el principal problema de las medidas de seguridad son el rechazo social y familiar, y con sólo una trabajadora social... y siguen llegando las cautelares donde hay una desvinculación de las familias y es necesario incluso para hacer el diagnóstico poder establecer un contacto familiar y comunitario y esto no se puede llevar a cabo con solo una trabajadora social. El psicólogo clínico también, solo uno para 100 personas, para que esté haciendo pruebas diagnósticas y estar trabajando grupos terapéuticos y procesos de rehabilitación, cuesta mucho darle seguimiento. Desde la parte psiquiátrica que son las valoraciones de los ingresos, la evolución de las cautelares que muchos llegan en condición aguda y también el seguimiento de las medidas de seguridad curativas que hay que ver la parte médica, que no se descompensen, y la parte de rehabilitación y luego dar seguimiento a la condición social y hacer las coordinaciones para poder darles alguna opción cuando se le envíe el informe al juez, para que se le dé un cese de medida o modificación de medida pensando en el objetivo de la rehabilitación que es ubicarlo de forma segura.

También nos limita la infraestructura, la falta de recurso humano, la falta de material y presupuesto.

### **La perspectiva legal:**

Yo tenía una perspectiva idealista, pensaba que el juez así como nos obligaba a nosotros a acatar los mandatos podía obligar a otras instituciones como el Consejo Nacional de Rehabilitación, al IAFA y otras instituciones para ayudar a resolver la parte social de los casos que llegan aquí y me he dado cuenta de que no, que es muy difícil, que las otras instituciones sí pueden resolver con solo decir que no cuentan con el presupuesto, la condiciones, o la infraestructura, o no cumplen con los programas.



El Consejo Nacional de Rehabilitación tiene dentro de sus programas una cláusula que dice que los posibles beneficiarios a esos programas tienen que no ser privados de libertad, entonces desde ahí ya nuestros pacientes se quedaron por fuera, muchos de ellos por una discapacidad psico-social y con un abandono completamente evidenciado a nivel comunitario, familiar y social y diría que hasta también con un rechazo o una discriminación por una cláusula que les están imponiendo. Esto se vuelve un juego, mientras que el paciente esté en CAPEMCOL es un privado de libertad, para que pueda egresar tiene que dársele la libertad pero si se calle, como un da la libertad sin haber coordinado nada con el CONARE tendría que estar afuera, como un indigente, pero si permanece en CAPEMCOL para tratar de coordinar una reubicación con el Consejo Nacional de Rehabilitación éste no lo acepta por la cláusula donde indica que no acepta privados de libertad. Desde el punto de vista legal siento que no hay ayuda desde esa perspectiva.

Los administradores de la justicia tiene que tener muy claro el tema de la salud mental en relación con los problemas legales porque muchas veces es mayor el perjuicio que el beneficio, tienen que tener muy claro que un centro hospitalario como este con un internamiento indeterminado no es solución como rehabilitación para buscar una salida paralela a la cárcel, otra cosa es que el desconocimiento sobre asuntos psiquiátricos por parte del sector legal muchas veces hace una aplicación de la ley de forma protocolizada, sin pensar realmente si esa persona tiene capacidad o no de comprender de acuerdo al delito que cometió, cómo se le beneficiaría más o menos, pero en general, en conclusión a nivel judicial ellos requieren capacitación sobre el tema de salud mental, para que lo manejen de mejor manera.

Nos hemos dado cuenta que ellos se manejan con el Código Penal y el Código Procesal Penal y lo que dice en un artículo eso es lo que aplican, es lo que hemos discutido; una persona con una depresión me van a preguntar si es una persona con una enfermedad mental, voy a decir que sí tiene una depresión, pero es una depresión leve, pero si se ajusta a lo que dice el artículo me parece que debería existir algo más interpretativo del caso y que cada caso se debe analizar de forma individual, hay casos que son de cajón como un retardo mental moderado para severo, no hay duda ni para lo judicial ni para lo médico, pero hay otros casos como es farmacodependencia, depresión, un esquizofrénico compensado, etc. donde debería existir un cuerpo colegiado tanto judicial como médico que hagan una interpretación para la toma de decisión judicial para ver qué es lo que más le beneficia o lo que le podría perjudicar, no puede ser tan tajante, que lo que diga el médico psiquiatra, el forense, el perito, el abogado o lo que dice la ley, yo creo que hay casos individuales que inclusive el mismo psiquiatra forense, perito o el fiscal pueden solicitar que sea valorado por un cuerpo colegiado, incluido el Instituto de Criminología, para que valore casos particulares.

## E. Entrevista a Dr. José Manuel Arroyo Gutiérrez

### Magistrado Vicepresidente de la Corte Suprema de Justicia

- Realizado el 25 de marzo del 2014.

#### Proyecto de ley

Esta es una historia vieja, la última etapa hace 10 o 15 años, por una y otra razón no se concretó la creación de un hospital psiquiátrico penitenciario. Creímos que se iba a haber una buena oportunidad cuando se eligió a don Abel Pacheco, porque qué más que un presidente de la República siendo psiquiatra, pero de nuevo se perdió en el mar de la burocracia, de la insuficiencia de recursos y hasta de una discusión ideológica.

El diagnóstico de entrada era jueces penales remitiendo personas al Hospital Nacional Psiquiátrico que habían cometido delitos pero que a la vez estaba en cuestión su salud mental, esto en términos muy generales, y eso generaba graves violaciones a los derechos humanos de las personas que estaban ahí, ya sea como enfermos mentales sin tener conflicto con la ley penal y también personal médico y paramédico que también tenían que soportan la presencia de gente remitida por la agencia judicial y que cuyo comportamiento iba desde el tráfico de drogas, hasta abusos, agresiones y agresiones sexuales. Históricamente este ha sido un conflicto tremendo, cualquiera que se asome ahí y sepa lo que está pasando tenía que tomar conciencia que ahí tenemos quizá el más grave tema de derechos humanos que yo he conocido en este país, ahora se habla mucho de hacinamiento carcelarios y de varias violaciones pero históricamente ahí nadie se ha ocupado de eso y en mi criterio es una de las cosas más graves en materia de derechos humanos, no solo afectando a otros pacientes sino que al personal médico, paramédico y administrativo del hospital, en general es un conflicto muy serio.

Teóricamente nace la idea, la necesidad de crear un hospital especializado, que tenga la vocación de ser un centro de salud para las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley penal. Esto no pasa de ser una idea de varias personas de distintas instituciones. Cuando hablaron con el ministro de salud de don Abel Pacheco o con el presidente de la Caja de Seguro Social, el señor Sáenz, hijo del Dr. Sáenz Herrera, ocupaba la presidencia ejecutiva de la Caja o el Ministerio de Salud, no recuerdo ahora, se le habló de una finca que había, de planos que se podían financiar con fondos del BID, en fin una idea que estaba más o menos madurada y nos habíamos reunido un par de veces en la Defensoría de los Habitantes y no hubo manera de que la cosa cuajara.

No es sino hasta el fallo de la Sala Constitucional que nos obliga a la creación de un pabellón especializado que las cosas empiezan a tener alguna forma con la creación de CAPEMCOL, que es sin duda un avance, esto es desde el punto de vista de la concreción jurídica de la idea.

En el tema ideológico hay una cuestión que es una premisa fundamental, debería entenderse que el problema de las personas enfermas mentales en conflicto con la ley penal es primero un problema de salud pública y después de seguridad, porque la tentación de verlo como solo un problema de seguridad pública no sólo es un error teórico, sino práctico y de toda naturaleza. Se tiene que tener claridad ideológica de que estamos frente a un problema que es primero de salud pública, estamos hablando de personas enfermas y después de seguridad, es decir gente que además de padecer de la enfermedad en conjunto con ella comete delitos, tiene conductas delictivas. Visto así no podía ser otra la ubicación que dentro de la órbita del sistema de salud nacional, como bien lo definió la Sala Constitucional, ahí está claro que no podía ser una cárcel en el ámbito del Ministerio de Justicia de la Dirección General de Adaptación Social, no era una cárcel a la par de la Reforma sino que era un hospital en algún lugar, que terminó en la Uruca, en la órbita de la Caja Costarricense de Seguro Social, del sistema de salud pública costarricense, todo hasta ahí está bien orientado, lo que sucede con un problema tan serio como este es que creada la solución se visualizan otras necesidades o contradicciones secundarias que antes no eran evidentes pero ahora emergen como problemáticas. El principal problema ha sido la definición de enfermo mental, quién es la persona que padece de una enfermedad mental, si esto lo definen los jueces o lo definen los psiquiatras y cuál es la respuesta que se debe dar y de ahí que este es el conflicto más importante, porque los psiquiatras, el Dr. Elizondo y su huestes se quejan que se les están remitiendo gente con retardo mental y sobre todo gente con adicciones que tiene crisis conductuales en razón de la adicción, que no son enfermos mentales en el estricto concepto y que esto está generando un inconveniente abordaje de las personas que sí son enfermos mentales y que requieren de un adecuado abordaje, un tratamiento psiquiátrico, mientras estén ahí internadas. Entonces ese es un problema, es decir quién define a la persona como un enfermo mental y en consecuencia quien debe estar siendo remitido ahí y quién no, hasta el momento lo que existe es el conflicto que no está resuelto, hay roces frecuentes con el hospital diciendo si es que una persona hizo una locura en una sobredosis en razón de una adicción, por lo demás es una persona con una estructura mental o de personalidad que no es, en el sentido estricto, una enfermedad, ó decir que es una persona con retardo que tampoco califica como enferma mental y estamos todos los jueces mandándolos ahí a este centro.

Un problema operativo derivado de esto también es con qué dictamen médico los remitimos, si es solamente la gente del centro la que debería entonces cuando la mandan una persona determinar si la persona es o no enferma mental o si necesariamente como la ley lo dice, tiene que ser alguien de la medicatura forense, del Poder Judicial. Aquí el problema es enorme porque en Medicatura forense tiene que hacer fila a veces por meses y mientras tanto el hombre guardado ahí en espera de la definición, la gente del Centro dice que ellos podrían el mismo día que lo traen o al día siguiente hacerle la valoración, definir si estamos frente a una persona con enfermedad mental o no y decidir entonces si puede o no permanecer en el centro. Eso genera un conflicto con el juez que ya lo ha remitido y que el médico del centro podría decir que mande a la persona a otro lado, no ahí porque no es enferma mental. Se ha regado la bola de que ahí los atienden muy bien y entonces en el sistema penitenciario han aparecido montones de personas que se hace la loca o fingen trastorno, que habrá quienes lo fingen muy bien, ustedes los psiquiatras saben y entonces

hay una presión sobre el centro agregada, de gente que empieza a tener conductas extravagantes para ver si es trasladado a ese centro donde están en mejores condiciones que los centros penales.

Hace dos años se convocaron a jueces penales de todo el país y se hizo una mesa redonda, en la documentación están los puntos de vista de los jueces y de los médicos, fue en diciembre del 2012, y la intención fue generar una directriz, la circular.

Yo a futuro lo que vislumbro es un perfeccionamiento del lugar, una medición más adecuada de cuanta gente tiene que estar ahí, hasta donde puede crecer, vivimos en una sociedad donde los temas de salud mental son cada vez mayores, es una problemática que sigue pendiente de resolver, yo estoy convencido de que la existencia de este centro es un avance muy importante.

### **Medidas de seguridad curativas**

Nuestro Código Penal es un código moderno, republicano y democrático, hacia los años 20 o 30 del siglo pasado hubo una transacción entre escuelas penales, lo que se llamó la Escuela Clásica entendía que la pena era la respuesta única a la persona que infringiera la ley penal, que la persona sabe lo que hace y la respuesta a su acción es una pena, una sanción que puede ir desde la pena de muerte hasta una multa o un trabajo comunal obligatorio, lo que fuera, pero si una respuesta penal; la concepción antropológica de esto es que el ser humano es un ser libre y si en ejercicio de esa libertad delinque tiene necesariamente que respondersele con una pena. En la segunda mitad del siglo 19 se desarrolla toda una concepción distinta, con todo y el positivismo criminológico que empieza a buscar las causas del delito, con el auge de la química, la física y la biología en el siglo 19 las ciencias naturales se desarrollan enormemente mientras que las ciencias sociales empiezan a ver con cierta "envidia" el derecho, la historia, psicología y sociología, requerían de un método tan efectivo y sólido como aquella de la ciencias exactas, en esa búsqueda del método científico, de alguna forma las ciencias sociales se contaminan del método científico de las ciencias naturales y aparece Lombroso, Ferri, etc., todos los que a través de observación y experimentación empiezan a acopiar datos y a empiezan a formular teorías y a partir de Lombroso (al que se le da el mérito de ser el fundador de la criminología moderna) se comienza a decir que nace la idea de que hay personas genéticamente destinadas a ser delincuentes, a razón de su composición hereditaria y cada vez que había un gran avance científico, por ejemplo cuando se comienzan a hacer estudios de endocrinología y lo que tiene eso de impacto en el comportamiento de las personas, cuando empieza a estudiarse las reacciones de la mujer en el periodo menstrual, o sea no ha habido teoría científica, por eso a mi me hace algo de gracia esto del mapa genético porque es una historia vivida por las ciencias sociales, en particular con la criminología, ya por siglos cada vez que hay gran invento dónde está el químico o la composición química que explica tal o cual conducta humana, todo esto para decir que empezaron en el derecho penal a tener mucha fuerza las medidas de seguridad, pues ya no se consideraba que el ser humano era libre, sino que estaba determinado por factores distintos: sociales, genéticos, psicológicos etc y para todos los énfasis hay una teoría criminológica.

Lo cierto del caso es que la respuesta formal desde el derecho a esta concepción fueron las medidas de seguridad, porque en última instancia se entiende que si la persona no es totalmente libre, no es a través de una pena, si la persona es un enfermo al que hay que curar entonces corresponde una medida de seguridad y no una pena. Ese debate se terminó dividiendo incluyendo los códigos penales, penas y medidas de seguridad, es decir penas para quienes no hubiera discusión acerca de su salud mental y medidas de seguridad para todo el espectro de personas con supuestas afecciones psíquicas que hubieran determinado su comportamiento, entonces usted ve en el Código Penal penas y medidas de seguridad y eso está prácticamente en todos los códigos penales del mundo moderno. La Sala Constitucional de 1989 para acá restringió un ámbito muy amplio que solían tener las medidas de seguridad, entonces para los llamados delincuentes profesionales o habituales, eso dijo la Sala, es inconstitucional porque aquí en un estado de derecho la persona responde por su hecho concreto, no podemos cobrarle una habitualidad o una profesionalidad, eso se declaró inconstitucional y queda algo que no sé si se ha visto que es el tema de la comisión de delitos bajo el estado de alcoholismo, prostitución u homosexualidad, creo que ya eso se declaró inconstitucional pero más recientemente.

El asunto es que coexisten ambas respuestas y desde el punto de vista de las medidas de seguridad lo que se hizo en el código de 1998, fue obligar la revisión cada 6 meses y no cada dos años como existía, ese fue el avance que hubo, siempre en manos de los médicos, esto determinó un control más frecuente pero siempre abierta la posibilidad de que una persona pudiera permanecer ahí décadas.

Respecto a los problemas como que al cabo de un mes personas compensadas entre descompensado, separar poblaciones

Ante problemas como que los internos del centro con medidas seguridad curativa que no pueden aprovechar todos los programas de rehabilitación que ofrece el CAPEMCO, impedimento para la posibilidad de egreso por haber rechazo familiar, que el Consejo Nacional de Rehabilitación no acepta sentenciados ni con medidas de seguridad, redundando en que el centro se convierte en un mini asilo (por tener capacidad limitada), además del tema de peligrosidad aunque hay personas que cometen delitos simples y no existe tal peligrosidad, no hay quien quiera asumir el tema más que la Caja Costarricense de Seguro Social, lo que trae costos elevadísimos, hay una negación de la enfermedad mental por parte del estado y las políticas públicas, no se resuelve sino desde el sistema judicial ya que no hay otras salidas. Al respecto me parece que todo es parte de los nuevos problemas que traen una solución, se procura subsanar lo más grave y se visualizan nuevos problemas o problemas que estaban disimulados y ahora quedan más evidentes.

Para un juez penal, lo digo con toda la experiencia y con todo el respeto, es muy frustrante lo que hacen los dictámenes psiquiátricos, porque al final la evaluación de la persona se hace semanas o meses después del hecho, nunca están los psiquiatras en capacidad de decir al momento en que pasó, o el acercamiento es muy impreciso y los jueces tener que tomar la decisión con tan pocos elementos no sé si en algún momento podrá realizarse un avance.

## F. Entrevista a Roger Viquez Gairaud

**Doctor en Derecho, Coordinador del Mecanismo Nacional contra la Tortura de la Defensoría de los Habitantes.**

- Realizado el 31 de marzo del 2014.

**Experiencia CAPEMCOL, proyecto 2002, consideraciones más importantes para construir un centro que respete los derechos humanos, y ¿cuáles serían los lineamientos?.**

Ok, primero el voto de la resolución de la Sala Constitucional dice “crear y poner en funcionamiento”, pusieron en funcionamiento pero no lo crearon porque ahí son unas oficinas alquiladas, unos galiones que alquilaron, sí fue positivo ver como lo crearon desde un inicio la Caja del Seguro con todos los protocolos, los servicios, etc., pero insuficiente en este momento, insuficiente porque primero la Caja tiene que construir un centro, construirlo con un área para mujeres, en este momento no hay esa división para mujeres, tal como lo tiene el sistema penitenciario que primero tiene menores de edad, adulto joven que es entre 18 y 21 años y creo que también el centro debería de visualizar una división etaria y por otro lado también lo que son adultos mayores, una persona adulta mayor con una persona joven en esas condiciones con ese tipo de enfermedad puede ser la parte más débil, eso por un lado por otro lado yo creo que el centro tiene que ser creado como una unidad programática tiene que dejar de depender del Hospital Nacional Psiquiátrico debe tener su propia Dirección, debe manejar sus propios recursos, por ejemplo en estos momentos si el Dr. Elizondo necesitara una enfermera, él no tiene la posibilidad de elegir cuál enfermera es la que requiere con el perfil y la sensibilidad para trabajar ahí sino que simplemente el Hospital Psiquiátrico se la manda y es probable en esos casos que les manden las personas que estén dando problema en el Hospital y vienen para acá, igual puede pasar con otro tipo de funcionarios, lo segundo también pasa por la parte de seguridad, la resolución de la Sala también habla sobre la parte de seguridad y que tienen que formar un grupo de agentes, aquí no ha pasado, pueden encontrar una persona que estuvo trabajando como agente de seguridad y ahora está ahí y Adaptación Social tiene esa mala costumbre, ese mal procedimiento, ellos dicen que rotan personas y es bueno que los roten a nivel de centro penitenciario en este caso hay que tener un grupo o dos grupos capacitados y adiestrados para trabajar con ese tipo de población, no puede ser el mismo tipo de población que están manejando adentro, inclusive parte del problema en sus inicios es cuando por los privados de libertad el Hospital Nacional Psiquiátrico comienzan también a quejarse y llegan mucho a la Defensoría de los Habitantes a quejarse y no sé si el Recurso de Amparo hasta surge de ahí mismo del Hospital porque ellos tenían el gran problema de que traían a una persona de un centro penitenciario lo ubican en el Hospital Psiquiátrico y venían dos o tres agentes de seguridad a custodiarlo y entonces los agentes de seguridad en algunas ocasiones los agredían y pasaron casos en que los doctores los estaban tratando y la persona se ponía fuera de sí y se acercaba al agente de

seguridad y le pegaba dos cachetadas, eso por un lado, por otro lado hubo casos donde la persona que estaba en custodia se iba a hacer sus vueltas y lo dejaban solo, posteriormente los esposaban a las camas, entonces toda esa serie de problemas fue lo que empezó a ver el Hospital Psiquiátrico y los que vienen con medidas cautelares o de seguridad tienen que estar en un centro aparte que pone el Recurso y la Sala dice “créenlo” entonces como que ahora el Hospital Psiquiátrico me parece, tengo la percepción, de que tampoco lo quiere soltar y no sé si lo quiere soltar o no y la Caja lo quiere hacer como una unidad programática, inconveniencias que tiene: la comida la tienen que traer desde allá, la ropa de cama tienen que traerla y la ropa que ellos usan y va de vuelta para allá y que, lo revisamos y lo tienen muy bien distribuido, la ropa bien, la entrada con los camiones, la comida también como la sirven ahí hay nutricionista, viendo las cantidades, viendo la comida bien, la última vez que yo fui estaba muy bien pero todo desde el hospital hasta acá **{Larisa: primero en logística debe ser complejo y además debe ser un costo altísimo}** Claro es un costo altísimo y en un inicio el Dr. Elizondo tenía todo muy bien controlado, yo le dije vea esto no le va a durar un año cuando los jueces ejecutores vean esto se lo van a llenar, dicho y hecho se lo llenaron tienen ciertas dependencias también, por ejemplo algunos criterios de ellos gente tiene que pasar también por el hospital, es decir para mí lo primero es convertirlo en una unidad programática, el centro debe tener una seguridad capacitada para ese tipo de personas, una responsabilidad de adaptación social que los ha estado cambiando y pasa igual que puede pasar en el centro entonces una persona que está dando mucho problema o que la vean muy estresada y está agrediendo mucho a un privado de libertad en el Ámbito B de la Reforma lo traen para acá para quitárselo allá de encima y crear otro tipo de agresión entonces en ese sentido deberían crearse dos grupos capacitados para estarlos rotando si es que los quieren rotar pero que no los estén cambiando porque es una población específica la que requiere un trato específico en parte médica pero también parte de seguridad, luego la otra parte también el centro debe tener espacios para que la gente se asolee, espacio para el aire libre, para que las personas puedan recrearse, que puedan ejercer algún tipo de oficio o de ocupación distinto a estar ahí entre ellos, distinto a la televisión, unas canchas para hacer deportes, la parte recreativa de estas personas, me parece que ocupan mucho, ahí están totalmente encerrados y eso contribuye también a los problemas convivenciales y de estabilidad emocional de ellos, contribuye también a la inestabilidad de los mismos funcionarios que están encerrados al igual que ellos, entonces aquí se da una dualidad porque todos están bajo el mismo galerón entonces el acondicionamiento, el otro día estuve hablando con el Dr. Elizondo y yo le dije cómo puede usted trabajar acá? Porque el ruido de la autopista es intenso, yo creo que eso también debe ser valorado, Salud Ocupacional tiene que llegar de la Caja del Seguro a establecer medidas ahí porque se debe tener vidrios especiales acá por el ruido, no sé si en algún momento dado el ruido puede meterse porque hay un dormitorio ahí abierto y que puede contribuir en una persona que esté ahí a un desajuste emocional, hay que estar ahí para darse cuenta del ruido, entonces yo creo que en ese sentido también tienen que tener acondicionado contra ruidos, debe ser un centro con mucha tranquilidad, tiene que tener zonas verdes, tiene que tener árboles, donde puedan escuchar aves, donde esté acondicionado y en estos momentos no cuentan con esos requisitos.

Larisa: ahora, sin duda el centro físicamente no cumple con la infraestructura y el personal se está quedando corto para las necesidades del centro. Cómo ve usted, desde la perspectiva, mi opinión personal se ha descuidado políticas de salud pública, políticas de bienestar social y no hay prevención sino que nos está aumentando la enfermedad mental y de la enfermedad mental en conflicto con la ley, entonces por un lado pareciera que incluso se está, desde el punto de vista de incluso de salud, como derivando un poco más la atención de salud mental a este sector que es como el de emergente y el de urgencia que todo lo que es prevención, entonces hay una cuestión ahí que se está procesando a las personas con enfermedades mentales, en vez de procesarse por un sistema de salud, se están procesando por un sistema judicial, cuál es su opinión al respecto?

- Por supuesto, inclusive yo creo que desde el momento en que se crea este Hospital se empieza a visualizar más fuerte el problema que ya existía porque antes en el hospital por ejemplo una persona que estaba descompensada la llevaban al Hospital Psiquiátrico, lo trataban 24 horas e inmediatamente lo egresaban del Hospital sin ningún tratamiento, en el sistema penitenciario es una parte reactiva, el hospital de Adaptación Social tiene solamente un psiquiatra y creo que ese psiquiatra también realiza atención médica, entonces es una situación que uno que uno que visitaba los centros penitenciarios lo podía ver ahí adentro, pero no había, y como hablamos hace un rato uno no tiene el criterio para decir hay un montón de personas que están por la vía penal están metidas en un centro penal desajustadas y hay otras que están desajustando "por estar en", entonces a mí me tocó hace unos años ver a estas personas que tenían esos problemas mentales dormidas encima de los baños para que no molestaran, entonces les tenían las colchonetas y los mandaban ahí a dormir, no había sobrepoblación ni hacinamiento, habiendo suficientes camarotes los mandaban ahí a dormir la misma población penal los está discriminando, entonces nos preguntaban qué hacían, tienen camarotes pero ahorita los mandan para allá sino los agreden, entonces eran revictimizados ahí adentro de los pabellones. Cuando se crea el Hospital comienza a visualizarse todo este problema, obviamente que no existe una política criminológica pública, de lo que está pasando a nivel nacional que inclusive a nivel de personas menores de edad nos encontramos que aquí una cantidad de personas estaban siendo medicadas con, cómo se llama? Unas pastillas que son supuestamente para dormir pero que forman parte de psiquiatría, {Larisa: diazepam, clonazepam?} tipo de esas pastillas y de otras y que entonces también los chiquillos las ocupan supuestamente para drogarse pero que cuando preguntamos una cantidad muy grande las estaban ingiriendo, las estaban dando entonces el psiquiatra dice que sí que las ocupa y a uno le entra esa gran duda de que es probable que estas personas menores de edad estén ingresando así de la sociedad, así a manera de un paréntesis en un seminario que hubo de la Defensa Pública, Martha Iris la Directora de la Defensa Pública, ella me hizo una pregunta, que ellos que quisieron entrar a un pabellón le dijeron que era muy peligroso {Larisa: en Zurquí?} no, no me acuerdo del centro si era San Sebastián o en Reforma y entonces a ella le preocupa que no se pueda entrar a vigilar que está pasando adentro y entonces yo le decía a ella que el asunto no es que sea peligroso lo que esté pasando allá adentro es que están pasando de la sociedad personas peligrosas a centros penitenciarios, no están siendo peligrosas adentro ya vienen peligrosas de la sociedad y ya vienen de la sociedad con trastornos mentales por la vía penal, y es más fácil por política punitiva con lo que tenemos aquí que los diputados todo es cárcel, todo son leyes es más



fácil agarrar a estas personas y recluirlas en un lugar y sacarlas de la sociedad, segregadas, una segregación que se le está haciendo a la sociedad y va a estar pasando con un montón de personas privadas de libertad que perfectamente pueden ser reinsertados en la sociedad pero que el sistema y las políticas no lo permiten y están las cárceles a reventar, más cárceles más penas y estamos hablando de Costa Rica nosotros no estamos encerrando y yo me pregunto con este tipo de sociedad que estamos llevando con esta inequidad social donde hay cada vez personas más ricas y cada vez personas más pobres y los más pobres no pueden ir a una emergencia en un hospital y como dicen las noticias pueden pasar 48 horas para que lo atiendan en emergencias un médico, entonces hay una indefensión social y lo que está haciendo es decir segreguemos a esta población que no se está ajustando, y nos han preguntado quiénes están más desajustados, en un país muy estresado se nota en las calles cuando uno maneja, el caos vial es una contribución y salen vacaciones la gente se va a la playa a descansar y las playas están llenísimas, hay presas y entrar y salir a Manuel Antonio en Semana Santa o en diciembre uno puede durar lo que no se hace ni en 3 minutos uno puede durar 40 minutos a veces, entonces la gente viene de vacaciones más estresada y si se viene por la calle nueva que duraron veinte no se cuantos años en hacerla y se encuentra con un montón de presa también, o sea hay un montón de elementos que están propiciando y el Estado educador, había un estado educador hace muchos años y se perdió, ahora se gasta en imagen, se buscan agencias publicitarias para que le hagan la imagen al ministro, a la presidente, a otro ministro pero no están educando al país, hace unos años la gente se tiraba a las calles a los buses sin hacer fila de pronto el Estado dijo “se hacen filas” y puso un policía a los 6 meses retiró al policía y actualmente la gente hace fila y de eso hace treinta y pico de años, es decir se educó, uno ve las calles y no están pintadas y hay un montón de accidentes, toda esa parte del estado educador totalmente se perdió y lo que es con esta población específicamente no hay un tratamiento, el Hospital Psiquiátrico procura mantener esta gente con problemas mentales el menor tiempo posible, con esta población las medidas curativas y medidas de seguridad el Hospital Psiquiátrico llegó al extremo de que no los querían allí e hicieron este nuevo hospital y lo hicieron sin condiciones también, es decir los segregan y además los ponen en un lugar que no es apto para ellos que más bien lo que puede venir es a agrandar su problema.

**Larisa, creo que esta problemática, que es lo que me comentaba el Dr. Elizondo, que no hay un buen enlace. Primero creo que el Hospital Psiquiátrico y el CAPEMCOOL deben tomarse problemas de rehabilitación con más seriedad a plazos largos porque no es una cuestión que uno pueda resolver en 3 meses, un diagnóstico con un paciente psicótico puede resolverse en 3 meses, pero si estamos hablando de alguien que en un episodios psicótico se haló una tremenda torta como matar a alguien yo creo que esto no lo deberíamos manejar solamente en 3 meses, yo creo que deberíamos hacer un esfuerzo para que esta persona de verdad no vaya a cometer semejante error o sea si fue un error debido a su enfermedad y creo que sí el Hospital tiene que hacer un esfuerzo y tiene que cambiar su visión y asumir su responsabilidad de establecer programas de rehabilitación pero me explicaba el Dr. Elizondo que otra de las dificultades con las que ellos se encuentran es el no poder enlazar a la comunidad los programas, no poder hacer una transición porque las comunidades no están receptivas, porque no hay instituciones, porque**

**no hay personas capacitadas que puedan dar esa contención y recibir allá a una persona que se ha sometido a un proceso de rehabilitación.**

- Totalmente, inclusive algunas personas que tienen esos problemas comenzaron con el uso de drogas, por ejemplo, entonces a nivel de comunidad no existen solamente hay un IAFA en San Pedro, pero a nivel de comunidad no existen lugares donde puedan llegar estas personas, donde puedan establecer un programa, un seguimiento a nivel de comunidad que puedan reinsertarse a la sociedad donde esta persona perfectamente con medicamento a, b y c más terapia y todo ya está lista para ingresar y a la familia se le dice sus cuidados, pero no, inclusive pasa mucho por la falta de educación que la familia ni siquiera los quiere recibir en sus hogares entonces el Dr. Elizondo tiene toda la razón porque esa conexión no existe y lo que existe es porque la familia hizo un esfuerzo, porque se interesan por esa persona pero una gran parte son abandonados.

Larisa: y que el Estado no tiene algún sistema, alguna institución encargada de brindar apoyo a estas personas, porque el origen del Hospital Psiquiátrico es ese, en Costa Rica y en el resto del mundo, dar cabida a estas personas que habían sido abandonadas para una cuestión más tutelar, para mantenerlas segregadas y cuando se cambia la visión de los hospitales psiquiátricos a una cuestión de una psiquiatría más comunal, más comunitaria, más que el paciente no permanezca más en el hospital sino que reciba su tratamiento y se vaya pues por un lado estamos bien pero por otro lado sí un grupo de personas que no tienen contención quedan a la libre, no hay cómo.

- Imagine una persona que viva en Limón, una persona que viva en Puntarenas, que viva en Golfito frente al mar y que ya sea por uso de drogas o por un antecedente familiar o genético, qué se yo, se jale una torta y llegue para contención a ese lugar, con otro clima con otras personas, y posiblemente estas personas, su lugar su arraigo cerca de la costa, hacer cierta actividad posiblemente esas personas puedan tener un atenuante, pero qué hacer con estas personas si se les retorna a su lugar y no hay un espacio y si no lo hubo antes y tampoco lo hay después, uno se pregunta si el Estado lo va a seguir manteniendo ahí recluidos de por vida, qué va a pasar después es la pregunta, pero lo principal es la prevención.

Larisa: hay un serio problema de acceso, especialmente de salud mental, entonces en Costa Rica el caso del muchacho este de Upala, tenía 3 años de que la persona lo veía funcionando mal, un mes antes de los hechos que mató a otro muchacho, un mes antes ya habían dado la voz de alerta que el muchacho estaba haciendo cosas muy peligrosas, que ya andaba amenazando con un machete, entonces la familia como único recurso es traerlo a San José a ver si aquí lo atienden, pero no logran acceder, no encuentran cómo, no conocen el sistema y el muchacho se desespera e inmediatamente trata de regresarse a Upala y ahí no hay quién, no hay un médico, no hay como enlazar y decir a este muchacho hay que medicarlo. Entonces en las zonas rurales no hay atención en salud mental, la salud mental está centralizada y aún centralizada es accesible al que quiere y al que puede o al que la familia quiera, porque es la tónica que el enfermo mental no tener conciencia de su enfermedad y por lo tanto no tomar un tratamiento y menos internarse, si cuenta con apoyo familiar entonces por ahí se logra, pero si no entonces la gran mayoría de estas

personas que no aceptan tratamiento que las familias no les puede dar contención terminan en las calles como indigentes y consumiendo drogas.

- Correcto, siendo víctimas de la propia sociedad y todo eso se ve a nivel intracarcelario, por ejemplo estadísticas dicen que un montón de personas están ahí por consumo de drogas y un montón dicen que están ahí por consumo de drogas y llegan a delinquir, algunos ya al final cuando se hacen dependientes ya utilizan el delito para conseguir dinero y seguir manteniendo la droga, a nivel interno de Adaptación Social por ejemplo usted ve una persona que entra como indiciada y ahora que están hacinados en un pabellón que es para 80 personas y ahora hay 160 y que no tiene para consumir ahí adentro y como me decían unos líderes del pabellón: nosotros aquí le conseguimos droga porque a ese muchacho lo van a matar, de intoxicarse así a la fuerza dentro de un centro penitenciario porque el Estado no permite darle un tratamiento ni adentro ni afuera y que es afuera donde deberían de dárselo para evitar que las personas ingresen a hacer otro tipo de atención, otro tipo de procedimiento. Hace unos años ahí en Reforma hicieron un pabellón así como en el centro y ahí pusieron a todos los que tenían problemas mentales, es decir una segregación ya hace unos años de esto y tuvieron que cerrarlo porque los tenían segregados ahí porque causaban problemas al sistema penitenciario, problemas convivenciales entonces es difícil porque si no se previene, yo no sé, yo por lo menos la parte de salud no la conozco no sé en los hospitales regionales si hay especialistas, como vos decías todo se centra aquí en San José, me decía una señora de Paquera que iba para "Costa Rica" refiriéndose a tener que venir a San José para conseguir una certificación, eso ha sido la tónica institucional de este país, todo lo centralizan acá por un lado y ahora todo está centralizado y tampoco hay políticas preventivas y ver las causas, si es genético o hay causas externas de que una persona se esté desajustando en la sociedad, cuáles son, para establecerlas médicamente, a través de la Caja del Seguro, en cuáles lugares, tener un protocolo de atención de estas personas, que vayan con una referencia bien establecida si es que tienen que venir al Hospital Psiquiátrico, cuáles programas.

Cuando se habla de la educación en este país, yo llevé la figura de educación un tiempo, no me acuerdo cómo se llamaba la figura que habían inventado, que mandaban a los niños y niñas que tenían problemas de conducta para la casa, entonces no los registraban como ausencia, entonces cada quince días compañeros les pasaban dejando las tareas a la casa, las presentaban, las enviaban, cada quince días iban un día a clases, pasaban las materias y era muy fácil quitarse el niño que daba problemas. Hay niños que da problemas y lo que están es replicando una agresión que sufren en la casa y que la escuela quizá era el único lugar a donde podía escaparse y un porcentaje muy grande de estas personas, niños o niñas, que los mandaban de regreso a sus casas nunca más volvían porque se escapaban de regreso a sus casas, entonces uno los ve por ahí en las calles, son abusados, se meten en drogas temprano y delinquen y tal vez terminan con una enfermedad mental o como un delincuente. Me genera una contradicción que tengo una hija que fue primaria y secundaria en escuelas privadas, veo como en los centros de estudio privados hay grupos pequeños de estudiantes y en las escuelas públicas las maestras tienen que lidiar hasta con 35 estudiantes en un aula, cómo dar atención personalizada a tantos estudiantes a la vez.

No tengo muy claro el tema de limitar el tiempo de las medidas de seguridad curativas y el nombrar un curador, para limitarlas en tiempo también hay que tomar en consideración la parte médica. En términos de derechos humanos no pueden haber sentencias indefinidas, en el pasado

habían personas que permanecían años internados por descuido u olvido del juez, revictimizando estas personas sin poner un tope, va a ser importante porque va a obligar a las autoridades a buscar otros mecanismos de atención, de seguimiento, ya sea con modelos comunitarios, va a obligarlos a tenerlo presentes, estas personas eran prácticamente olvidados en el Hospital Psiquiátrico, hasta por la familia, porque no dependía de nadie, para mí es positivo porque va a obligar a los juzgadores a establecer sentencias humanas, obligarlos a revisar más el plazo que le puede establecer a cada persona, no solo dar la medida sino especificar en la sentencia el tiempo y cada cuándo se debe revisar la sentencia, nombrar un curador dándole seguimiento, por supuesto que considero que será una medida muy positiva.

## G. Entrevista a Roy Murillo Rodríguez

### Juez de Ejecución de la Pena del Primer Circuito Judicial de San José

- Realizado el 25 de marzo del 2014.

La realidad de las personas con medidas de seguridad... se trata de una de las poblaciones vulnerables entre las más vulnerables y a nivel jurídico están sometidos a un sistema que es desproporcional e injusto porque se les castiga, incluso existe el mito de que es mejor que me impongan una medida de seguridad a que se me imponga una pena y tener que ir a una cárcel, por la concepción de que la cárcel es terrible, degradante es violenta, pero al final de cuentas las dos son instituciones totales y las dos son instituciones controladoras donde la libertad de ve cortada completamente y a través de una medida de seguridad, muchísimas medidas de seguridad se convierten en penas perpetuas o en sanciones perpetuas, mientras que usted por un simple delito como una receptación o un hurto iría a prisión 6 meses, un año, dos o tres mientras que por una medida de seguridad por un hecho que no es grave usted podría verse encerrado el resto de su vida. Esto es una seria desventaja que excluye en absoluto a esas personas y es muy difícil después de que una persona descompensada cometió una acción prohibida volver a ser reinsertada porque ya queda identificada como una persona peligrosa, cuando sabemos que una persona con esta problemática que tiene tratamiento, que cumple su tratamiento y que tiene apoyo es perfectamente funcional afuera, pero lo que pasa es que estado no atiende debidamente a estas personas cuando están fuera hasta que entonces se produce el desenlace y ocurre un hecho violento, comete un hecho prohibido.

Entonces se llega al Centro porque la mayoría genera el problema están en hogares disfuncionales, en condiciones de pobreza, en condiciones de vulnerabilidad que no han permitido la atención oportuna, el tratamiento adecuado donde no han contado y el apoyo a estas personas para que se valgan por sí mismas que sean independientes para que tomen su tratamiento y no generen conflicto. Por desatención social llegan al centro y ahí se quedan para siempre además muchísimas de estas personas al final de cuentas por falta de atención han entrado en conflicto familiar también y sus familiares no les apoyan y el Estado no tiene una red de atención para estas personas en consecuencia muchas se ven neutralizadas para siempre, son penas perpetuas, no salen nunca por más bien que estén si no tienen un apoyo de recurso externo entonces la persona se queda ahí en el Hospital cuando es carísimo tenerla, cuando no está haciendo nada, muchísimos incluso ya ni tomando un tratamiento farmacológico sino sencillamente que viven ahí. Ese es el problema desde la una perspectiva que es la normativa jurídica.

Hemos estado trabajando en la propuesta de ley que viene a poner un plazo determinado a este tipo de sanciones que busca dar más proporcionalidad. Cómo es posible que el sistema sea tan poco sensible que a una persona que tiene limitaciones cognitivas le diga que no va a ir a la cárcel

sino que se le impone una medida de seguridad ambulatoria, pero no se le explica a ninguna otra persona, ni se le asigna un custodio, un responsable, un acompañamiento, esta persona se alegra porque no va a la cárcel, el defensor dice que lo hicieron bien porque no fue a la cárcel es a persona retorna a su medio a ver si trabaja o no trabaja, quién le da trabajo, o sea con todos los problemas que su propia discapacidad arrastra como desempleo y sencillamente si tenía limitaciones, si no estaba realmente compensada difícilmente se va a someter a la medida de seguridad ambulatoria eso va a significar un incumplimiento que finalmente va a significar un encierro porque la medida ambulatoria se va a convertir en un internamiento porque el sistema no tiene la mínima sensibilidad de tomar a esta persona, de buscar en su entorno familiar de explicarles lo que pasó, explicarles la necesidad que esta persona cumpla con su tratamiento que vaya al Hospital, eso no se hace.

El uso de medidas de violencia doméstica, sería bueno contar con la opinión de un juez de violencia doméstica porque en materia penal se está obligado a realizar la valoración de imputabilidad o inimputabilidad y la capacidad de comportarse o no, pero en violencia doméstica que es un proceso casi automático no llega la audiencia, sencillamente se resuelve y se imponen las medidas de seguridad y si nadie señaló que tiene un problema de discapacidad entonces se va a convertir en un proceso penal donde tiene que hacerse un de capacidad de comprensión que finalmente se va a convertir en una medida de seguridad y en un encierro entonces si es un área delicada y debe denunciarse, sobre todo si se ha identificado que desde esa vía es como terminan esas personas segregadas y excluidas cuando esa familia se supone que más bien tiene una obligación para con ese miembro de su grupo.

El problema es la falta de los sistemas de salud, y en eso el Poder Judicial también incurre, de hacer comprender a la familia cuál es la atención que le deben dar a esta persona diferente, porque es una cuestión cultural de lo que entendemos que es problemática que es una persona con estas particularidades y al mismo tiempo hay una negación en el grupo familiar a veces de que la persona no requiere tratamiento. En los casos de incumplimiento de medidas ambulatorias la familia justifica que se toma el tratamiento por diversos motivos como que le da dolor de cabeza, o que se lo ponían en el pan o en el fresco y se ponía peor, entonces como que no hay periodo de adherencia o no sé qué es lo que sucede hasta que la misma familia termina rechazando el tratamiento hasta que hay una descompensación, entonces no hay control y se hizo un problema y ahora sí piden que se vaya de la casa. Es como una patología social que tiene que ver con la propia concepción desvalorada de la persona discapacitada que nadie la quiere y si la tiene quieren invisibilizarla y creer que todo es normal y no pasa nada o el típico caso de la familia que tiene 5 enfermos mentales y lo padres son adultos mayores y que no tienen contención o autoridad para manejarlos y ahí están y el Estado no los atiende, no les dan soporte.

Con relación al problema de las medidas de seguridad curativas, en donde no se puede reubicar a esta población en condición de egreso y que ya cumplió con el programa para reinsertarse a la sociedad, que se encuentran en situación de abandono y el CONARE no acepta candidatos que han sido sentenciados o cumplen algún tipo de medida. Al respecto considero que esos son los que están estables y perpetuamente encerrados ahí, quitando espacio a otros pacientes que deberían

tener la oportunidad de estar ahí. Yo no conozco realmente lo del CONARE y nos reunimos y quedamos en realizar una segunda convocatoria para conocer los programas y los perfiles y la posición de ellos es que si el juez lo ordena los admitan pero que a la vez cumplan con el perfil pero no explican cuál es el perfil, dicen que no tienen que tener familia pero la mayoría tiene familia pero no tienen apoyo familiar y están en condición de abandono.

Siempre ha habido queja del CAPEMCOL sobre el Consejo Nacional, no sé dónde queda, quiénes son, ni qué hacen, qué les corresponde y pedí que se reunieran todos y definir responsables, entonces ya se hizo la primera reunión del Consejo porque al mismo tiempo hay una trabajadora social del Hospital Nacional Psiquiátrico que es representante o miembro del Consejo y se ha tratado de coordinar para resolver el problema de estas personas, porque aunque la ley estableciera plazos determinados para dónde se van a ir estas personas, afuera para que se vuelvan a descompensar y vuelvan a ingresar.

Con relación al problema que plantea sobre la invisibilización el problema de la salud mental por parte de la sociedad en general que usted plantea hay como un problema de descoordinación o también de exclusión dentro de los enfermos mentales y de los que tienen conflicto con la ley, porque al final de cuentas si estas personas que ya están compensadas y no tienen recursos y no están haciendo nada ahí y al final de cuentas lo está cubriendo la Caja Costarricense de Seguro Social, ¿no es igual que se egrese del proceso penal y por vulnerabilidad social retorne al Hospital Nacional Psiquiátrico con mejor calidad de vida y más espacio? Bueno, el Hospital Psiquiátrico no es un asilo.

La mayoría de los enfermos mentales pueden funcionar en su casa, si hay casos límite, ya patológicos, con discapacidades muy profundas que requieren apoyo familiar.

La cosa es cuál es la autoridad a la que le corresponde definir, porque el Consejo dice es que ellos giran políticas rectoras, que más bien ellos siguen asumiendo estas funciones sociales o de soporte de programas porque no hay quién lo haga porque si las quitan qué pasa con toda esta gente, porque su idea es quitárselas y convertirse en un ente rector, como el IAFA con los mismos problemas, hay que cuestionarse más bien cuáles son las responsabilidades y endosarle responsabilidades directas, porque cuando la responsabilidad no es de nadie o es de todos no hay responsables y sigue la cosa sin resolverse. Por ejemplo no es problema del Poder Judicial, no es problema de la Caja porque lo que dan es la atención médica, más bien lo termina asumiendo la CCSS y en perjuicio de los derechos de estas personas.

El estado se comprometió a atender a las personas con discapacidad. La convención cuestiona un montón los tratamientos que se dan en hospitales, el internamiento indeterminado y un poco es como cerrar los hospitales psiquiátricos, pero si los cierran a dónde va a parar toda esa población, esa no puede ser una solución.

Antes el hospital tenía unos programas llamados Las Casitas y tenían unos hogares comunitarios, lo que yo entendía era que existía la posibilidad de establecer procesos de reinserción comunitaria, se alquilaban como las casitas de los huérfanos donde había un responsable habían

varias personas que iban adquiriendo autonomía, pero que cuando personas en conflicto con la ley se separa son excluidos de esos programas, es eso cierto? Un reclamo del director de CAPEMCOL es que los excluyen de esos programas, el de Casitas.

El modo en que se ha diseñado, donde la seguridad la da seguridad penitenciaria porque le he dicho a Cristian que ellos están sometidos a un tratamiento, si parte de ese tratamiento es salir un día, ir al teatro, ir al Parque de Diversiones, ir a la playa, ni permiso tienen que pedir, pero claro entran de pronto en roces con seguridad penitenciaria que cree que tiene una función custodial y le he dicho a Cristian que es un poco se puede resolver si él ocupa una resolución judicial que avale esos egresos, me parece que ni siquiera necesitan una resolución judicial si es parte del tratamiento y además van a ir acompañados, algunos incluso los pueden mandar solos, entonces hay que coordinar un poco para poder dar mayor flexibilidad al CAPEMCOL sino se convierte en una típica prisión. El Centro reúne muchas limitaciones y el Hospital realmente va a crear un Centro porque la resolución le ordena a la Caja crear un centro adecuado entonces si la Caja no tiene recursos, tiene que coordinar con el Poder Judicial para que generen recursos y desarrollar un espacio que tenga la infraestructura necesaria, el Cuándo es un problema, mientras tanto no hay espacio para mujeres, la mujer de nuevo se ve discriminada, la suerte es que dicen que son menos.