

## **LA REFORMA PENAL SOBRE LOS DELINCUENTES SEXUALES MULTIREINCIDENTES: UNA NUEVA OCASIÓN FALLIDA**

Alfredo Calcedo Barba<sup>1</sup>

En la actualidad existe un gran debate en España respecto a qué hacer con los delincuentes sexuales, especialmente con aquellos que, una vez cumplida su condena, se sabe que tienen una alta probabilidad de reincidir. Sin entrar a valorar casos concretos que han tenido una amplia repercusión social y han generado un clamor unánime para que se dé una solución al problema, el objeto del presente artículo es aportar al debate social un nuevo punto de vista. En opinión del autor las propuestas que están haciendo los partidos políticos resultan insuficientes y no van a resolver el problema.

Existe un amplio consenso en los países desarrollados respecto la alta tasa de reincidencia de un importante subgrupo de delincuentes sexuales. Se acepta que más de un 20% de los delincuentes puestos en libertad después de haber cumplido condena van a perpetrar una nueva agresión sexual. También se acepta que, aunque existe un trastorno mental en forma de una conducta sexual desviada (parafilia), estos individuos son plenamente responsables de su conducta. Por ello son condenados a penas de prisión que, una vez cumplidas, implican la puesta en libertad.

De acuerdo con la Constitución, y las leyes vigentes en nuestro país, la función principal de las penas de prisión es la rehabilitación de los delincuentes. Esta rehabilitación tiene diversas perspectivas: social, psicológica, psiquiátrica, educativa, socio-laboral, etc. Por ello se han desarrollado diversos programas de psicoterapia para agresores sexuales mientras están en prisión. La eficacia de estas intervenciones es escasa aunque reducen ligeramente las tasas de reincidencia por lo que se consideran útiles.

En la actualidad existen diversos tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos para delincuentes sexuales con parafilias. Estas intervenciones han sido aprobadas por grupos de expertos y se consideran éticamente aceptables, siempre y cuando cuenten con el consentimiento informado del paciente. Hay tratamientos farmacológicos aprobados orientados a atenuar el carácter obsesivo de la ideación parafílica. También hay otros fármacos que interfieren en el metabolismo de la testosterona y producen inhibición de todo deseo sexual, sea o no parafílico. Esto es lo que popularmente se conoce como castración química.

---

<sup>1</sup> Psiquiatra forense, Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, Hospital Gregorio Marañón. calcedo@med.ucm.es

El gran problema que tienen los delincuentes sexuales reincidentes es la motivación para el tratamiento. Es muy raro que personas con parafilias que, de llevarse a cabo supongan delitos, acudan a la consulta en demanda de tratamiento cuando están en libertad. La motivación fundamental de los que acuden a terapia dentro de la prisión es la obtención de un beneficio penitenciario. Si acuden saldrán antes de prisión que si no acuden, por ello deciden iniciar el tratamiento.

Sin embargo, la inmensa mayoría dejan de seguir el tratamiento cuando son puestos en libertad. El problema está en ¿cómo conseguir que estas personas acudan a una consulta cuando se encuentran en libertad? Dada la falta de motivación que tienen estas personas es necesario introducir un mecanismo coactivo que les obligue a acudir al tratamiento. En esto hay una gran diferencia entre la legislación española y la de algunos países europeos. Veamos por qué.

En España, cuando un ciudadano comete un delito y padece una enfermedad mental el tribunal sentenciador tiene dos opciones: A) considerar que el trastorno mental no influyó en su conducta delictiva y, por ello, debe responder penalmente y le impone una condena; B) considerar que el trastorno mental ha condicionado la conducta delictiva por lo que no se le considera penalmente responsable, aunque al haber cometido un delito se estima que puede ser peligroso, por lo que se aplica lo que se conoce como una "medida de seguridad". En estos casos es prioritario el tratamiento del trastorno mental, sea en régimen cerrado o abierto. Existe una tercera posibilidad en la que el tribunal cree que el trastorno mental atenúa la responsabilidad penal y reduce la condena, pero impone una condena al fin y al cabo (volvemos a la opción A).

Nuestro Código Penal permite, en algunos casos, de delincuentes enfermos mentales como alternativa a la prisión el seguimiento de un tratamiento ambulatorio. En estos casos hay un mecanismo coactivo ya que, de no seguir el tratamiento, el paciente regresa a la prisión. Esta fórmula se suele aplicar, por ejemplo, a individuos que padecen drogodependencias. Sin embargo, una vez cumplida la condena impuesta no existe ninguna forma de obligar a la persona puesta en libertad a que siga ningún tratamiento ambulatorio. Por ello, muchos toxicómanos vuelven a delinquir.

Si se ha aplicado una medida de seguridad ésta se puede cumplir en establecimientos cerrados (prisión, establecimientos psiquiátricos, etc.) o en tratamiento ambulatorio acudiendo periódicamente a una consulta. En este caso los pacientes también están sometidos a una coacción ya que de no acudir a la consulta pueden ser enviados a un establecimiento cerrado. En 1995 se reformó el Código Penal y las medidas de seguridad no podían durar más que la pena que se hubiera impuesto en caso de que la persona hubiera sido

imputable. Por ello, sólo se puede obligar al paciente a seguir tratamiento por un periodo de tiempo similar a la pena que le hubieran impuesto. Una vez transcurrido ese tiempo no se les puede obligar a seguir un tratamiento.

Con este marco legal, no se puede obligar a los delincuentes sexuales multirreincidentes, una vez cumplida la condena, a acudir a tratamiento ambulatorio cuando son puestos en libertad. Al hablar con psiquiatras forenses del Reino Unido, Francia, Bélgica y Suiza nos han explicado cómo se ha resuelto este problema. Las condenas de los delincuentes sexuales tienen dos componentes: una privación de libertad en prisión, y la obligatoriedad de seguir control y tratamiento ambulatorio cuando sean puestos en libertad. En el caso de que no colaboren en el seguimiento son devueltos a la prisión. En Estados Unidos se ha ido todavía más lejos y se han aprobado leyes contra los "depredadores sexuales" que permiten un internamiento involuntario indefinido en tanto se considere que persiste la peligrosidad. Nada de esto existe en España.

En el tratamiento ambulatorio en otros países se combina la intervención farmacológica con la psicoterapéutica. Los delincuentes sexuales reincidentes acuden a unidades de salud mental forense especializadas donde además de tratar un trastorno mental se controla periódicamente el riesgo, se habla con familiares, se analizan sus hábitos y entorno de trabajo, etc. Con ello hay una idea más aproximada del riesgo de reincidencia. Si el riesgo es alto puede retornar a la prisión. De cualquier forma, nuestros colegas con más experiencia en este campo reconocen que algunos individuos tendrán que ser controlados de por vida al considerarlos altamente peligrosos. Los tratamientos farmacológicos son aplicados con consentimiento informado por lo que, en ningún caso, se aplica la "castración química obligatoria". Toda esta estrategia supone un desarrollo de recursos de salud mental que tiene un costo importante. Nada de esto existe en España.

A esto se une la situación deplorable en que se encuentra la salud mental penitenciaria en España. El modelo que existe es de hace treinta años con dos hospitales psiquiátricos penitenciarios atestados de enfermos, en los que se hace escasa rehabilitación con los enfermos mentales que han cometido delitos graves. Con la excepción de Cataluña, donde el sistema penitenciario ha sido transferido, y se ha realizado un gran desarrollo de recursos, en el resto de España ya surgen las críticas de organizaciones de derechos humanos sobre el trato que reciben los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Tan mal está la situación que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias tiene graves problemas para encontrar psiquiatras que quieran trabajar en el sistema penitenciario.

En la mayoría de los países desarrollados los profesionales de la salud mental

forense tienen un plus salarial importante y cobran más que sus colegas que se dedican a la salud mental general. En España los sueldos que paga la Dirección General de Instituciones Penitenciarias son claramente inferiores a los del Sistema Nacional de Salud. La conclusión es clara, si a lo penoso del trabajo se suman unos bajos salarios nos encontramos con un problema importante. Y esto sólo es el reflejo del tradicional desinterés que la clase política española tiene por la salud mental penitenciaria.

La degradación de la salud mental penitenciaria se debe, entre otras razones, a un problema político que paso a describir. En la mayor parte de los países desarrollados la salud mental penitenciaria depende de la administración sanitaria pero en España no es así. En nuestro país lo penitenciario depende del Ministerio del Interior (excepto Cataluña), y lo sanitario del gobierno autonómico. Como se podrán imaginar cada administración tiene sus prioridades y la colaboración entre ambas es escasa. Únicamente en Cataluña donde todo depende de la Generalitat se ha progresado notablemente en el desarrollo de recursos.

Últimamente ha habido un llamamiento a la desesperada desde la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior a las Consejerías de Sanidad para que colaboren en la salud mental de las prisiones y la respuesta ha sido tibia. No es de extrañar: los ciudadanos juzgan a los gobiernos autonómicos por las listas de espera y no por la salud mental penitenciaria. El problema es grave, y lo es no sólo porque los presos enfermos mentales no reciben un tratamiento mínimamente aceptable, sino porque son puestos en libertad con sintomatología activa lo que les hace más proclives a cometer nuevos delitos de violencia.

Si esta es la situación con los enfermos mentales en las prisiones y el tratamiento que reciben, es justo ser escéptico sobre lo que la Dirección de Instituciones Penitenciarias puede ofrecer como tratamiento de los delincuentes sexuales multirreincidentes mientras están en prisión.

Otra de las propuestas que han surgido en el debate es la publicación de listas de delincuentes sexuales. Sobre este tema un conocido psiquiatra forense norteamericano, ex - presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría ha publicado su opinión en una revista científica. Se muestra muy crítico con estas medidas. En Estados Unidos hay en la actualidad 627.000 personas incluidas en estas bases de datos, y se supone que hay un 25% de casos que, por errores, no aparecen con lo que la cifra sería mucho mayor. El control de una cantidad tan grande de delincuentes es extraordinariamente complejo y muy costoso. Por otro lado está la obligación de notificar a la policía los cambios de residencia.

La eficacia de la publicación de listas es cuestionable ya que muchos terminan en una situación de exclusión social, y sin domicilio fijo, y esto los hace más difíciles de controlar. Además, al vivir marginados es más probable que vuelvan a recurrir a la delincuencia.

La gran mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno han promulgado legislaciones específicas sobre la peligrosidad de personas con un trastorno mental. En España, en 33 años de democracia no se ha hecho. Muchos países han publicado las cifras de reincidencia de delincuentes sexuales multirreincidentes, pero en España los gobiernos de uno u otro signo nunca se han atrevido a informar a los ciudadanos, aunque los datos están disponibles.

En nuestro país la clase política tiene miedo a afrontar el problema de la peligrosidad de los delincuentes sexuales multirreincidentes por un miedo tradicional a que se cuestione su espíritu democrático y respeto por los derechos fundamentales. No hay que olvidar que en época de Franco se aprobó, en 1970, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social en la que se defendía el principio de "defensa social" frente a diversos colectivos. Aunque esta norma franquista tenía su antecesora en la Ley de Vagos y Maleantes aprobada en plena República en 1933. Ambas leyes tenían algo en común: reconocían que en muchos casos existía la peligrosidad antes de la comisión de un delito. Por ello se justificaba la adopción de medidas de control en función de la evaluación de la peligrosidad.

No estamos defendiendo que se vuelvan a aplicar estas leyes ni mucho menos. Tan sólo defendemos que se dé una solución similar a la que otros países democráticos de nuestro entorno han dado. Véase como ejemplo la "Mental Health Act" en vigor en Inglaterra donde la existencia de trastorno mental más peligrosidad justifica internamiento o tratamiento ambulatorio forzoso. Todo ello con las debidas salvaguardas y mecanismos de revisión judicial.

Así, mientras otros países ya han afrontado el problema desde un punto de vista legislativo, en España nos encontramos con una salud mental penitenciaria catastrófica, una descoordinación entre las administraciones sanitaria autonómica, judicial y penitenciaria, una falta de legislación sobre el tratamiento ambulatorio forzoso de cualquier tipo y, sobre todo, un miedo paralizante de la clase política a legislar en este campo por miedo a que les acusen de autoritarios y poco demócratas. Entre tanto cientos de miles de ciudadanos piden a nuestros diputados una solución al problema. El gran desafío de nuestra clase política es superar ese miedo extraño a legislar algo que otros países democráticos ya han legislado.

Ya sabemos que en algunos delincuentes sexuales las penas de prisión no tiene efecto disuasorio y la reincidencia es muy alta ¿no se va a hacer nada al

respecto? En mi modesta opinión las reformas legislativas deberían incluir al menos tres elementos básicos: 1) cambios legales que permitan aplicación de medidas de seguridad predelictuales en casos excepcionales de delincuentes sexuales multirreincidentes; 2) acometer una reforma en profundidad del sistema de salud mental penitenciaria; y 3) crear equipos de salud mental forense en la comunidad para el seguimiento ambulatorio, y aplicación de tratamientos psicoterapéuticos y biológicos consentidos por quienes los van a recibir.

De todo esto nada se ha hablado en los proyectos de reforma que e están debatiendo. Esperemos que nuestra clase política se abra a las experiencias de otros países y legisle de forma eficaz creando normas y recursos de probada eficacia en otros países.

Alfredo Calcedo Barba  
calcedo@med.ucm.es