



**IMPLICANCIAS BIOÉTICAS Y BIOPOLÍTICAS DEL CRUCE
MÉDICO-LEGAL EN LA DETERMINACIÓN DE
IMPUTABILIDAD PENAL**

ENNIO STEFANO VIVALDI MACHO

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN BIOÉTICA**

Director de Tesis: Prof. Raúl Villarroel Soto

2019

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGÍSTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

ENNIO STEFANO VIVALDI MACHO

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Bioética en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 7 de Octubre de 2019

**Prof. Dr. Raúl Villarroel
Director de Tesis**

COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS

Dr. Octavio Rojas Gutiérrez

Mag. M. Angélica Sotomayor Saavedra

**Prof. Dr. Roberto Campos Garro
Presidente Comisión**

ÍNDICE

Resumen.....	7
Objetivos	9
Metodología	10
Introducción.....	11
1.EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD: CONDICIONANTES CONTEXTUALES...14	
1.1 Situación de prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile.....14	
1.2 Estadísticas chilenas de la población penal 2017.....15	
1.3 Estadísticas de la Policía de Investigaciones de Chile.....16	
1.4 Estadística de Carabineros de Chile.....16	
1.5 Problemáticas del sistema penitenciario chileno.....17	
2.PSIQUIATRÍA FORENSE: HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE.....21	
2.1 Historia universal de la psiquiatría forense.....21	
2.2 Historia de la psiquiatría forense en Chile.....23	
2.3 Creación de las UEPI y UPFT.....26	
2.4 Situación de imputados con patología de salud mental.....30	
2.5 Descripción estructural de la Macro Red de Psiquiatría Forense.....36	
2.6 Situación del individuo culpable e inimputable.....41	
3. REFLEXIÓN EN TORNO AL SISTEMA FORENSE EN CHILE.....42	

3.1 Macro Zonal de Psiquiatría Forense Norte.....	43
3.2 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU: Reflexión en torno a las UPFT.....	45
4. CONFLICTOS BIOÉTICOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD.....	50
4.1 Definición y breve historia de la bioética en la psiquiatría forense.....	50
4.2 Conflictos bioéticos del diagnóstico y del lenguaje empleado en psiquiatría forense.....	53
4.3 Conflictos bioéticos en la relación médico-paciente.....	56
4.4 Psiquiatría clínica y psiquiatría forense: Dos campos distintos.....	64
5. CONFLICTOS BIOPOLÍTICOS EN LA DETERMINACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD.....	71
Conclusiones.....	85
Bibliografía.....	95

RESUMEN

En el presente trabajo se explorará y analizará el problema que supone la articulación y desarticulación de criterios biomédicos y jurídicos en el abordaje preventivo y terapéutico de la dimensión psicopatológica de la delincuencia. Para ello, el foco estará en los conflictos bioéticos y biopolíticos que esta articulación implica. Puntualmente, la atención estará dirigida hacia el estudio de cómo se montan o desmontan arbitrariamente los discursos biomédicos y jurídicos para generar una acción y ser parte de la política pública.

Las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria y las Unidades de Evaluación de los Pacientes Imputados tienen entre sus funciones atender a personas privadas de libertad con alguna patología de salud mental. También deben asistir a personas imputadas con antecedentes de salud mental que requieran un peritaje para determinar ya sea su imputabilidad, imputabilidad disminuida, inimputabilidad por parte de un juez o, de ser necesario, la aplicación de un tratamiento psiquiátrico (Minjus & Minsal, 2008).

Las disposiciones legislativas vinculadas con las personas que presenten una enfermedad mental o la sospecha de la misma, y que estén privadas de libertad o imputadas, están insertas en un ámbito que debe conjugar los intereses tanto del sistema de justicia penal (Código Procesal Penal en el caso de Chile) y del Servicio de Salud (Macro Red Forense). Dichas disposiciones deben realizarse en conformidad con la Constitución y los derechos humanos establecidos en los distintos tratados internacionales suscritos por Chile (Minjus & Minsal, 2008).

Los psiquiatras son frecuentemente llamados a asesorar casos en los que se sospecha que el acusado sufre una patología mental. Esto porque ciertas acciones criminales podrían considerarse justificadas o excusables.

La determinación de imputabilidad o inimputabilidad del individuo que delinque, así como el proceso de examinación y certificación de la “locura”, ha contribuido al posicionamiento de los médicos—en particular los alienistas—como expertos en la identificación y entendimiento de las enfermedades mentales y su consecuente entrada en la escena legal (Correa, 2015).

Lo anterior trae consigo una serie de problemáticas sobre los procedimientos para realizar dicha determinación: ¿En quiénes se realiza? ¿En qué lugar se realiza? ¿Quiénes la realizan? ¿Qué es exactamente estar loco o demente? En el caso de que un individuo que delinque presente patología de salud mental, ¿quién debe hacerse cargo de su cuidado? ¿por cuánto tiempo? Las preguntas que motivan esta tesis buscan entregar luces en la discusión de estas problemáticas y dan pie a los objetivos de esta investigación, los que son detallados en la siguiente sección.

OBJETIVO GENERAL

Explorar y problematizar bioética y biopolíticamente la articulación o desarticulación de criterios biomédicos y jurídicos en el abordaje preventivo y terapéutico de la dimensión psicopatológica de la delincuencia, específicamente en el caso de los sujetos transgresores de ley con diagnósticos psicopatológicos o portadores de psicopatologías. Esta investigación se centrará en lo que ocurre a este respecto en Chile.

Objetivos específicos

1. Explorar la génesis normativa, el sentido social y el funcionamiento administrativo de las figuras de convergencia entre lo jurídico y lo médico representadas por las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria y las Unidades de Evaluación de los Pacientes Imputados.

2. Reconstruir el proceso histórico político mediante el cual se decidió generar estas instancias y ponerlas en funcionamiento. Genealogía de la normativa política y administrativa de estas unidades.

3. Describir contextualizadamente el funcionamiento de las unidades anteriormente mencionadas.

METODOLOGÍA

La metodología estará basada en el análisis documental para lo cual se abordará la problemática antes expuesta a través de la revisión de bibliografía sobre la historia de la evaluación de imputabilidad de personas con sospecha de patología de salud mental en Chile y el mundo. Además, se revisarán textos relacionados con psiquiatría forense y sanidad en el contexto carcelario. A partir de ellos se hará un análisis teórico en base a la fundamentación filosófica de textos. Se plantearán problemáticas bioéticas y legales para ser revisadas en la investigación, por ejemplo: ¿Pueden las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria funcionar dentro de una cárcel? Se buscarán los documentos legales que respaldan la creación de las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria y que detallan las normas técnicas de estas unidades. Finalmente, se incluirán datos acerca de la propia experiencia profesional del autor de esta tesis como médico general en la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria del Complejo Penitenciario de Arica y ello se vinculará a las problemáticas expuestas.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se busca problematizar bioética y biopolíticamente la articulación o desarticulación de criterios biomédicos y jurídicos en el abordaje preventivo y terapéutico de la dimensión psicopatológica de la delincuencia, específicamente en el caso de los sujetos transgresores de ley con sospecha de enfermedad mental o enfermedad mental confirmada.

En tal sentido, esta tesis pretende revisar los conflictos bioéticos que pudiesen presentarse en el ámbito de la evaluación de la imputabilidad puesto que es importante analizar en qué medida el trato que se da a los imputados con sospecha de enfermedad mental o enfermedad mental confirmada en Chile es el más acorde para el estado del arte.

A su vez, es relevante analizar los aspectos biopolíticos de la determinación de la imputabilidad porque en esta operación la vida humana es capturada por la organización del poder. Es así que instituciones tales como el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, Gendarmería y otros que operan en la determinación de la imputabilidad actúan abriendo y administrando la vida humana, en redes de conocimiento, disciplinamiento y examen que se ponen en práctica en la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria (en adelante UPFT) a través de técnicas de perfeccionamiento y adoctrinamiento del usuario.

Es interesante analizar cómo la vida y la muerte, la libertad y la prisión, la imputabilidad y la inimputabilidad aparecen como efectos de una decisión política en que el poder político actúa sobre el cuerpo de los gobernados (usuarios) sin mediaciones. Se genera así una maquinaria, un engranaje, donde un individuo que delinque pasa a ser un sujeto-objeto en donde la salida hacia la que será destinado estará determinada por reglamentaciones definidas operacionalmente por los ministerios de Justicia y Salud.

Partiendo de la base que la peligrosidad puede ser entendida en un sentido amplio como: “la probabilidad de que una persona cometa un hecho contrario al orden” (Falcone Salas, 2007), las UPFT se encuentran dentro de recintos penitenciarios y son resguardadas perimetralmente por Gendarmería. Previo a evaluar a los usuarios, se desconoce si se está frente a un paciente psicópata, un simulador o un paciente con un cuadro psicótico, entre otras condiciones. Por tanto, antes de su evaluación, el diagnóstico de estos usuarios queda equiparado por su condición de peligrosidad, sin importar si el origen sea fruto de su proveniencia psicosocial, una psicosis, un trastorno de personalidad u otro. La condición de “peligroso” es, según el Código Procesal Penal vigente, en el artículo 464, motivo suficiente para relegarlo a ser internado provisionalmente en un establecimiento asistencial. Sólo luego de la evaluación profesional y la determinación del juez, se concluirá si el usuario es imputable o inimputable y si será condenado a reclusión en un centro penitenciario o se le dispondrán medidas de seguridad asociadas a un tratamiento médico.

Han sido los médicos los encargados de montar guardia y de vigilar la frontera entre la enfermedad mental y la razón en la que se escribe la “enfermedad mental” que equivale a la interdicción (Roudinesco, 1996). Es precisamente la evaluación de imputabilidad la que pretende ser una frontera entre la “razón” y la “enfermedad mental” siendo los psiquiatras y la Justicia los encargados de dirimir en esta difícil decisión. Pese a la operacionalización del peritaje y de su técnica, de igual modo podría ser que un simulador haya sido declarado inimputable o, al contrario, un enfermo haya sido condenado.

La primera pregunta que esta tesis busca responder es: ¿Cómo determinar quién es “loco o demente”? La definición de estos conceptos insertos en la nosología psiquiátrica han sido equívocos y han ido cambiando a lo largo de la historia. Sin embargo, por lo general, se puede acordar que “loco” hace referencia a una persona que tiene el juicio de realidad alterado, es

decir, que no tiene capacidad para procesar la realidad y adquirir consciencia de ésta de manera adecuada (Figuroa, Durán, Mendizábal, & Oyarzún, 2017). De partida, la terminología empleada en el Código Penal (“loco” o “demente”) profundiza el conocido estigma que se ha generado en salud mental donde muchas veces se antepone los diagnósticos a la condición humana del individuo a ayudar en la relación clínica. Este aspecto es el que guiará la segunda pregunta: ¿Es ético referirse al sujeto que actúa como “loco” o “demente” siendo que esta nomenclatura no hace sino profundizar la discriminación hacia los individuos con patología en salud mental ya arraigada en nuestra sociedad?

Sin duda, desde un punto de vista biopolítico, hay un ejercicio de poder que acompaña al diagnóstico. De esta forma, el diagnóstico pasa a reemplazar a la persona que enferma. La psiquiatría, así, desde una visión biopolítica ha generado sujetos-objetos, con determinadas enfermedades, ante los cuales hay recetas médicas u otras soluciones esperando (Parra, 2016).

En el caso particular de la temática a abordar en esta tesis, ciertas patologías pueden determinar que un sujeto sea inimputable y no así otras, transformándose las primeras en condición de posibilidad para eximir de responsabilidad. Surgen además otras preguntas: ¿Cómo llegamos a justificar las prácticas clínicas que determinan la evaluación de la imputabilidad siendo que estas subyacen a necesidades de orden no clínico (proveniente de exigencias del Código Procesal Penal, de necesidades económicas, de exigencias políticas)? ¿La determinación de la imputabilidad debe hacerse en la cárcel o debe habilitarse otro recinto para su tratamiento? ¿Qué sentido tienen las Unidades de Evaluación a los Pacientes Imputados (en adelante UEPI) y UPFT en el sistema descrito?

1. EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD: CONDICIONANTES CONTEXTUALES

1.1 Situación de prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile

Por tratarse de una temática estrechamente relacionada con la salud mental, es importante revisar algunos datos al respecto. La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos por depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol. Solamente el 38,5% de quienes han sido diagnosticados reciben algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria. Este dato es de suma importancia porque significa que pese a tener diagnóstico hay muchos usuarios que no están recibiendo ningún tratamiento. Esto podría traer como consecuencia descompensaciones entre las que pudiesen estar conductas violentas y otras que pudiesen entrar en el ámbito de lo delictivo.

En niños y adolescentes, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos. La prevalencia es más alta entre niños de cuatro a once años de edad (27,8%) que entre aquellos de 12 a 18 años, y esta diferencia se debe principalmente a trastornos disruptivos. La prevalencia de trastornos de ansiedad es la segunda más alta, aunque menos asociada con discapacidades, mientras que muchos niños y adolescentes con trastornos afectivos están discapacitados y sólo un quinto de las personas con necesidad de servicios buscan alguna forma de asistencia. Casi un cuarto de aquellos que usan los servicios no presentaron diagnóstico

psiquiátrico durante el año pasado. La comorbilidad ocurre en el 27% de aquellas personas que presentan trastornos, pero sólo el 7% tiene tres o más diagnósticos. (Vicente, Saldivia, & Pihán, 2016).

1.2 Estadísticas chilenas de la población penal 2017

La población penal promedio para el año 2017 fue de 140.471 personas a nivel nacional. Los reclusos aumentaron en 2,4% con relación al año anterior, desagregándose en 50.230 que corresponden al sistema cerrado, 60.439 en el sistema abierto y 29.802 en el sistema pospenitenciario. La aplicación de beneficios penitenciarios alcanzó un total de 7.702 registros, con un aumento de 34,7% respecto al año anterior. De ese número, 6.725 (87,3%) reclusos se acogieron a libertad condicional, 266 (3,5%) al beneficio de salida controlada al medio libre, 457 (5,9%) se acogieron a la salida dominical y 254 (3,3%) a la salida de fin de semana. En el año 2017 se encuentran reclusos 2.934 extranjeros, 13,3% más que en 2016, de los cuales 79,7% son hombres y 20,3% son mujeres. Por otra parte, 1.798 (61,3%) están en calidad de imputados y el resto ya está condenado. Si se desglosa por nacionalidad, 43% de los extranjeros reclusos son bolivianos, 25,6% colombianos, 21,2% peruanos y 2,5% son argentinos.

En relación a los reclusos con acceso a educación penitenciaria, estos alcanzan a 16.223 personas, lo que significa un aumento de 4,9 % en relación al año 2016. De ellas, 91% son hombres. Otra actividad que desarrollan los internos es la capacitación, que cuenta con una participación de 3.846 reclusos, 29,6% más que en 2016. Finalmente, en lo que respecta a actividades de trabajo penitenciario, participaron un total de 24.877 reclusos, con un crecimiento de 54,2% respecto del año 2016. De ellos, 92,3% son hombres (INE, 2018)

1.3 Estadísticas de la Policía de Investigaciones de Chile

La Policía de Investigaciones puso a disposición de los tribunales de justicia a 70.007 personas durante 2017. De ellas, 8.592 fueron detenidos por infracción a la Ley de Drogas, representando 12,3% del total.

Otros delitos de connotación social significativos fueron: hurto con 4.897 personas (7%); y robos con 4.167 personas (6%). Los delitos por infracción a la Ley de Drogas más frecuentes fueron: tráfico de pequeñas cantidades con 3.767 detenidos (43,8%); tráfico ilícito de drogas con 3.090 (36%); y tráfico de cocaína con 656 (7,6%). Por otra parte, si analizamos por tramo etario, los grupos que tienen mayor frecuencia de detenidos son aquellos de 21 a 30 años con un 38,3%; de 31 a 40 años con un 25,4%; y de 41 a 50 años con un 13,9%. De acuerdo a su nacionalidad, y excluyendo a los chilenos que representan 75% de los detenidos por infracción a la Ley de Drogas, las procedencias más frecuentes son: bolivianos con 1.268 (14,8%), colombianos con 438 (5,1%) y peruanos con 304 detenidos que representa 3,5% del total (INE, 2018).

1.4 Estadísticas de Carabineros de Chile

Por su parte, Carabineros de Chile registró un total de 449.374 detenidos durante 2017. De ellos, 73.702 (16,4%) fueron detenidos por hurto; 36.742 (8,2%) por lesiones; 30.524 (6,8%) por robo con fuerza y robo con intimidación; y 26.229 (5,8%) personas por conducir en estado de ebriedad, entre otras causales. En 2017, los detenidos por violencia intrafamiliar sumaron 28.822, cifra que creció en 6,6% respecto al año anterior. Al desglosar esta cifra se obtiene que 22.447 (77,9%) corresponden a detenidos por violencia intrafamiliar contra la

mujer, y dentro de este grupo el 92,6% (20.777) son por lesiones de gravedad leve. Al mismo tiempo se obtiene que 5.133 (17,8%) detenidos corresponden a ejercer violencia intrafamiliar contra el hombre, y dentro de este grupo el 90,5% (4.645) fue detenido por provocar lesiones leves. De la misma manera, se registran 1.006 (3,5%) detenidos por violencia intrafamiliar contra los niños, donde el 92,6% (932) de este subgrupo se debe a lesiones leves. Finalmente, se registran 236 (0,8%) detenidos por violencia intrafamiliar en contra de ancianos, y siguiendo la tendencia de subgrupos anteriores, el 82,6% (195) de estos corresponde a lesiones leves (INE, 2018).

1.5 Problemáticas del sistema penitenciario chileno

Dentro de los problemas más relevantes del período 2017-2018 pueden encontrarse el hacinamiento en las cárceles chilenas, el horario de encierro y desencierro al interior, el acceso insuficiente al agua en algunos recintos, las deficiencias en la estructura de algunos centros penitenciarios, las celdas de aislamiento castigo o tránsito, la violencia y torturas ejecutadas por parte de Gendarmería, la violencia entre los internos, los atentados sexuales en las cárceles chilenas y los tratos denigrantes a los familiares de internos (UDP, 2018).

El número de condenados ha ido creciendo durante las últimas dos décadas, esto es particularmente pronunciado en los países de Sudamérica (Walmsley, 2018). El aumento de la población en la prisión está asociado con un decremento del número de camas psiquiátricas en Sudamérica (Mundt et al., 2015).

La tasa de ocupación de las cárceles es cercana al 110% y las condiciones de éstas son muy pobres. La prevalencia de patología de salud mental severa en los condenados es alta con una estimación de uno de cada siete condenados con diagnóstico de depresión mayor o psicosis.

Las tasas de trastornos afectivos y riesgos suicidas fueron particularmente altas en población recientemente admitida en las cárceles chilenas en comparación con aquellas que se encuentran en países de mayores ingresos (Mundt et al., 2015).

Los trastornos de salud mental quedan por lo general no diagnosticados y no tratados. Los síntomas de salud mental parecieran ser más altos en los días cercanos al ingreso a la cárcel. Un resultado que parece relevante es que el trabajo remunerado o el estudio durante la condena mostraron la asociación más fuerte con la mejoría en la sintomatología tanto en pacientes con síntomas psicóticos como en depresivos (Gabrysch, Fritsch, Priebe, & Mundt, 2019). Lo anterior pudiera abrir nuevas perspectivas de tratamiento y trato a los usuarios además de facilitar su posterior reinserción social.

En un estudio randomizado se tomaron 1.008 de 46.825 presos de siete instituciones penales diferentes y se les aplicó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, que es una entrevista psiquiátrica exhaustiva y estructurada, dirigida a evaluar las alteraciones mentales según criterios CIE y DSM . La prevalencia de patología de salud mental de 12 meses fue de 26.6%. La prevalencia de trastorno por consumo de sustancias fue del 12.2%; el 6,6% tuvo trastornos asociados a uso de drogas ilegales. La prevalencia de 12 meses de trastornos de ansiedad fue de 8,3%, para el grupo de trastornos afectivos fue de 8,1%, para el trastorno depresivo grave fue de 6,9%, para el trastorno explosivo intermitente de 5,7%, para el déficit de atención del adulto de 2.2%, y para la psicosis no afectiva de 0,8% (Mundt et al., 2013).

En una observación realizada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (como es citada en UDP 2018), el organismo sostuvo que la atención de salud mental sigue siendo uno de los aspectos más carentes en el ámbito de la salud en los establecimientos penitenciarios.

Cuando una persona ingresa a una Unidad Penal, se realiza una evaluación en la cual se le preguntan diversos aspectos de su salud mental. Esta evaluación la realiza un paramédico. No obstante lo anterior, siguen habiendo unidades en que aquello no ocurre, por ejemplo, en el Centro de Detención Penitenciaria (CDP) de Tocopilla, en el CDP Chile Chico o en el CDP Arauco. En tales casos, recae en el funcionario que recibe al usuario, cualquiera sea su cargo o especialidad, determinar, en base al testimonio del usuario, si existen patologías y si hay antecedentes de ideación suicida o dolencias en el ámbito mental que requieran algún tipo de evaluación o tratamiento.

En las observaciones de 40 recintos penitenciarios, el personal de salud refirió que había personas que presentaban esquizofrenia, depresión, trastornos del sueño, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, epilepsia, alopecia, distonía, deterioro cognitivo, trastornos de personalidad o adicciones. En algunas unidades penales, la totalidad de personas con tratamiento ascendía a más de 40. Uno de los problemas es que no existen profesionales de la enfermería que estén destinados a tratar estas afecciones o bien son muy escasos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

En algunos casos excepcionales, hay profesionales psicólogos/as contratados para atender a la población penal por salud mental como ocurre en el Centro de Cumplimiento Penitenciario (CCP) Punta Peuco (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

Para poder otorgar atención de salud mental de calidad, es esencial la vinculación que tenga el recinto penitenciario con la red de salud externa, sin perjuicio que de igual forma se puedan producir inconvenientes asociados a la espera de una hora para la atención por parte de los condenados (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

En algunas situaciones, los fármacos requeridos por los usuarios son proporcionados por la familia o por la red externa de salud y se entregan dosificadamente a los internos desde la enfermería de la respectiva unidad penal (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

Otras situaciones problemáticas son que al pesquisarse la necesidad de un psiquiatra, en los centros penitenciarios que carecen de este, el procedimiento es solicitar una hora al profesional que está en el hospital base o reservar una hora en el sistema público. Sin embargo, los funcionarios de los penales argumentan que esta última opción es más engorrosa debido a que la persona privada de libertad debe, en primer término, ser evaluada por un médico general, quien determina si es pertinente su derivación al COSAM y luego debe esperar en promedio seis meses para concretar dicha consulta con el profesional (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

2. PSIQUIATRÍA FORENSE: HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE

2.1 Historia universal de la psiquiatría forense

La locura es un término que dice relación con un trastorno mental. Éste ha sido usado de diferentes formas a lo largo de la historia, hoy en día se ocupa como un término inespecífico o en el contexto de “locura criminal”. Cuando una persona comete un delito, puede que sea culpable en tanto cuanto sus acciones. Sin embargo, queda la duda de si sabe que aquello que está haciendo está mal. La defensa que apela a la locura del imputado es una razón para no responsabilizarlo penalmente, basándose en el hecho de que no entiende que sus actos fueron incorrectos (VanDercar & Resnick, 2018).

Pese a que la determinación legal para saber si alguien tiene conocimiento sobre si lo que hizo está bien o mal ha suscitado históricamente mucha controversia, no hay discusión en que alguien que sabe que lo que hizo es incorrecto no debiese recibir el mismo castigo que alguien que no tiene dicho conocimiento (VanDercar & Resnick, 2018).

El concepto de defensa por insanidad mental existe desde la antigüedad. La evidencia escrita que detalla las suspensiones de juicios por motivos de locura datan de la Inglaterra medieval. La primera transcripción de los juicios de locura se remonta a 1724 (Rosner, 2003).

En el siglo XIV, en tanto, los niños entre los 7 y 12 años en Gran Bretaña eran declarados criminales responsables si eran capaces de distinguir entre el bien y el mal mediante un test conocido como “good and evil”. De esta manera, se asumía que los menores de siete años no podían diferenciar entre el bien y el mal, mientras que los mayores de 12 años eran considerados adultos. Por lo tanto, se pensaba que ellos sí podían realizar esa distinción. A fines del siglo

XVI, las cortes británicas comenzaron a aplicar este test también a las personas imputadas con antecedentes de salud mental (VanDercar & Resnick, 2018).

La defensa en casos de locura tiene una larga historia y ha evolucionado a lo largo del tiempo. Las reglas de McNaughton hicieron hincapié en la "comprensibilidad de lo correcto y lo incorrecto" e "intelectual", en lugar de una definición moral o afectiva del problema. La falta de control y los impulsos, o los impulsos irresistibles, fueron descuidados en esas definiciones si se tienen en cuenta las evidencias neurológicas actuales sobre la compulsión y la falta de control de los impulsos. Las pruebas que miden la racionalidad sin considerar los factores relacionados con la falta de control de un individuo parecen estar desactualizadas. Por lo tanto, la determinación de control separada de la determinación de racionalidad podría mejorar la precisión con la cual los jurados categorizan a los criminales. Se sugiere que la relación de relevancia es ideal para la "relevancia probatoria" y que debiese existir un control de calidad en los testimonios de los expertos que participan en los procesos judiciales. El progreso de la neurociencia puede impulsar también cambios en las suposiciones actuales de la ley en cuanto a la naturaleza de la conducta voluntaria, la que subyace a varias defensas (VanDercar & Resnick, 2018).

Dentro de los motivos más comunes de posible causa de inimputabilidad podemos encontrar la psicosis, la que corresponde a un estado patológico en el que hay una disminución de la capacidad para comprender al medio y autorregular la conducta. La psicosis se puede manifestar en diferentes patologías, dentro de las que se encuentran: la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la demencia y la epilepsia entre otras (Hernández Arguedas, 2015).

El historiador británico Joel Peter Eigen, (como es citado en Varley, 2008) exploró la patologización de las conductas anormales y actos criminales en el contexto de la justicia penal, en especial aquéllas vinculadas con problemas de la voluntad. Eigen caracterizó a los médicos

como actores muy relevantes a la hora de aportar en la interpretación judicial de la imputabilidad y a la Justicia como una institución que participa en la construcción de sentido psiquiátrico.

El Código Civil chileno se preocupó tempranamente del impacto que la locura podía tener en el orden social, lo que motivó la implementación de medidas de encierro y segregación contra el paciente afectado de patología de salud mental. El acento legal estaba puesto sobre el daño y la peligrosidad que representaba el individuo para la sociedad (Correa, 2015).

2.2 Historia de la psiquiatría forense en Chile

La psiquiatría forense está presente en Chile desde 1877 cuando ingresó por primera vez a la “Casa de Orates” un paciente con problemas judiciales. En 1920 la “Casa de Orates” contaba con una sección de Hospital Psiquiátrico para ingresos voluntarios y observación, una sección de Manicomio para alienados peligrosos y crónicos y una sección de Asilo de Temperancia para Alcohólicos (como es citado en Ortiz, 2012).

En 1939, Vivado, Larson y Arroyo plantearon que la atención de los reos alienados debía practicarse en los locales anexos a los establecimientos carcelarios y en 1940 se creó el Departamento Judicial en el Manicomio Nacional en Santiago con 140 camas. En 1943, se realizó el Reglamento Orgánico del Instituto Médico Legal “Dr. Carlos Ybar” y de los Servicios Médico Legales del país, los que contaron con: Sección Administrativa, que comprendió: Secretaría; Estadística; Oficina de Partes; Oficina de Informes Médico-Legales; Archivo General y Biblioteca; Sección Autopsias, Exposición y Conservación; Sección Exámenes Varios y Psiquiátricos; y Sección Laboratorios y Museo (como es citado en Ortiz, 2012). De acuerdo a Ortiz (2012), el Título V de ese reglamento hacía referencia a la Sección de Exámenes Varios y Psiquiátricos y señalaba lo siguiente en su Artículo 37: “Los médicos legistas

examinadores deberán evacuar los informes médico-legales sobre lesiones, enfermedades comunes, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, evaluación de incapacidades, perversiones sexuales, abortos, violaciones, etc.” (p. 29).

En 1975 se crean en el Manicomio Nacional los departamentos de crónicos de mujeres con 40 camas y de hombres con 120. En 1981, un departamento de 120 hombres y otro de 20 mujeres contaba con el siguiente staff: un enfermero, un terapeuta ocupacional, veinte auxiliares de enfermería y cuatro becados de psiquiatría. En 1981, el perfil de pacientes de este departamento era el siguiente: El 91% tenía antecedentes de alguna enfermedad de salud mental, el promedio de edad era 41 años, el 75% era soltero, el 25% era analfabeto. Dentro de los diagnósticos, el 40% de los pacientes tenía esquizofrenia, el 40% retardo mental, el 25% daño orgánico crónico y el 25% Alcoholismo (como es citado en Ortiz, 2012).

En 1984, comienza la coordinación con Gendarmería de Chile y se visitan penales. Además, se comienzan a tratar ambulatoriamente a los pacientes que esperaban vacantes en las cárceles (como es citado en Ortiz, 2012), informándose a los jueces del estado mental y las sugerencias de solución desde el punto de vista psiquiátrico. Se propone transformar el departamento judicial a Sector de Psiquiatría Forense, realizando peritajes psiquiátricos. En 1985, se crea el Departamento de Crónicos Judicial N° 2 con 40 camas de hombres (como es citado en Ortiz, 2012).

De acuerdo a las conclusiones del trabajo de una mesa interinstitucional sobre “Políticas públicas de psiquiatría forense”, que operó durante los años 2005 y 2006, convocada y dirigida por el Ministerio de Salud de Chile y que contó con representantes de la Fiscalía Judicial de la Corte Suprema, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Servicio Médico Legal, Gendarmería de Chile y directores médicos de instituciones de salud mental, se diseñó un documento cuya finalidad fue conceptualizar la psiquiatría forense en Chile. Según

Dresdner (2014), en ese texto se estableció la siguiente definición: “Se entenderá por psiquiatría forense a la subespecialidad de la psiquiatría en la cual la experiencia clínica y científica se aplica a contextos legales que incluyen materias penales, civiles, laborales, correccionales, regulatorias y legislativas” (p.196). Dresdner (2014), agrega que en las conclusiones de la mesa interinstitucional se determinó lo siguiente:

La psiquiatría forense articula el campo de la salud mental con el campo del derecho, ejerce como ciencia auxiliar del poder judicial y se encarga de la salud mental, evaluando, diagnosticando y brindando un tratamiento integral a toda persona en conflicto con la ley, sea adulta o menor de edad (p.196)

Dresdner (2014) señala que dicho documento especificó, además, las competencias propias del psiquiatra forense:

Como sujeto auxiliar del poder judicial al perito le competen las evaluaciones de las personas imputadas por algún ilícito. Además debe manifestarse sobre el estado mental del periciado señalando si dicha condición constituye enajenación mental o si se enmarca dentro del artículo 10 número 1: “Loco o Demente”y “Privación total de la razón por motivos ajenos a su voluntad”. Además el perito debe emitir una opinión técnica con respecto a una posible causalidad entre las discapacidades del peritado versus el ilícito que se le imputa. Además en caso de que el trastorno sea constitutivo de enajenación mental debe pronunciarse sobre el pronóstico y si hay riesgo para sí mismo o para terceros y la modalidad de tratamiento más indicada (artículo 457 y 458). También debe emitir pronunciamiento en caso de que los trastornos mentales del imputado sean constitutivos

de un eximente incompleto de responsabilidad penal (Artículo 11 número 1 y 5 código penal).

2.3 Creación de las UEPI y UPFT

Un hito importante ocurre en Chile en el año 1998, cuando a raíz de un recurso de amparo y de protección se puso en libertad a las personas con enfermedad mental que se encontraban privadas de libertad y que habían sido sobreseídas (personas inimputables por enfermedad mental), y que además debían recibir atención en establecimientos de salud para su tratamiento (Servicio de Salud Arica, 2015a).

Hasta el año 2000, la atención de salud mental a las personas imputadas con privación de libertad o condenados se hacía en la enfermería de la cárcel. Si la autoridad judicial consideraba que lo debía ver un psiquiatra, se atendía en un recinto para la población general lo que generaba rechazo entre los usuarios comunes.

A partir del año 2000, el Código Procesal Penal ha establecido modificaciones, entre las cuales ha determinado como obligación que toda persona imputada por un delito con sospecha de enfermedad mental y toda persona condenada a la que le sobreviene una enfermedad mental debe ser evaluada y tratada, si se requiere, en establecimientos del sistema público de salud.

Posteriormente, en 2012 se constituyó la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, cumpliendo un rol activo en la coordinación centralizada del ingreso y egreso de estas personas en las distintas Unidades de Alta, Mediana y Baja Complejidad. Asimismo, esta comisión tiene como misión unificar, estandarizar y regular la derivación y permanencia de las personas declaradas inimputables con sentencia de medidas de seguridad en los servicios clínicos.

En 2012, a través del decreto 285 publicado el 5 de diciembre de 2012 desde la Biblioteca del Congreso Nacional, se creó la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. Dicho texto consideró:

Es deber e interés del Estado atender en los establecimientos psiquiátricos, y en las unidades de psiquiatría forense existentes en el país, a todas aquellas personas afectadas por alguna enfermedad mental, que se encuentran sometidas a medidas de seguridad y respecto de las cuales se ha dispuesto su internación en algún establecimiento de salud, destinado al tratamiento de dichas personas (Decreto 285, sección Crea Comisión Nacional de psiquiatría forense)

En otro extracto del decreto anteriormente citado se puntualizó la necesidad de que exista una entidad como la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense:

En este contexto resulta necesario contar con una instancia que asesore al Ministro de Justicia y al Ministro de Salud en las materias relacionadas con las medidas de seguridad y cautelares, que pueden aplicarse a las personas afectadas por enfermedades mentales, según lo dispuesto en el Código Procesal Penal

Posteriormente se definen los objetivos de dicha comisión:

Asesorar al Ministro de Justicia y al Ministro de Salud en los aspectos relacionados con la normativa contenida en los Títulos VII y VIII del Libro Cuarto del Código Procesal Penal, referente al procedimiento para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad y cautelares aplicables al enajenado mental que hubiere ejecutado o que se le imputare

la comisión de un hecho típico y antijurídico, con el fin de efectuar las recomendaciones y brindar orientación de carácter técnico a las respectivas Secretarías de Estado

El documento, además detalla las funciones de dicha comisión:

a) Recopilar información estadística sobre el número de personas que se encuentren sometidas a alguna medida de seguridad y cautelares conforme a lo dispuesto en los Títulos VII y VIII del Libro Cuarto del Código Procesal Penal, en virtud de su inimputabilidad proveniente de alguna enfermedad psiquiátrica. Dicha información se recabará en base a la comunicación y coordinación permanente y expedita que mantiene el Ministerio de Salud con los Servicios de Salud del país, el Ministerio de Justicia, el Poder Judicial, Gendarmería de Chile, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, el Servicio Médico Legal y el Servicio de Registro Civil e Identificación. Tanto la obtención de la información empleada para la generación de los datos estadísticos como su tratamiento, deberán ajustarse a las normas de la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

b) Colaborar con el Ministerio de Salud en la obtención de información necesaria para su correcta actuación, en lo relativo a la internación de pacientes sometidos a alguna medida de seguridad, en virtud de lo dispuesto en los Títulos VII y VIII del Libro Cuarto del Código Procesal Penal, ordenada por los tribunales de justicia, en razón de la inimputabilidad penal proveniente de su enfermedad psiquiátrica.

c) Asesorar al Ministerio de Salud en las respuestas que éste deba dar a los Tribunales de Justicia, en relación a las consultas sobre los recintos más adecuados para la materialización de las medidas de seguridad y cautelares que se decreten.

d) Emitir informes técnicos a los Ministerios de Salud y Justicia que propongan acciones, planes o programas tendientes al mejoramiento de la situación de los pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas en conflicto con la justicia penal, a lo largo de todo el país, con absoluto apego a la normativa procesal penal y a las resoluciones judiciales, en todos y cada uno de los casos que se presenten al conocimiento de esta Comisión, y responder las consultas que las citadas Secretarías de Estado formulen en relación a estos aspectos.

Ha habido un largo debate respecto de las medidas judiciales y sanitarias a tomar frente a personas con problemas de salud mental, así como los roles de los diversos profesionales y disciplinas competentes en el tratamiento integral de dichas personas (Prins, 2005).

Las alternativas que podrían llevar a una solución de esto, según Prins (2005) serían, por un lado, la observación detallada de los sistemas de justicia y de salud, así como de las interacciones entre ambos. Allí es donde se ponen en juego las problemáticas propias de las políticas públicas de cada sistema. Existe preocupación desde el área de justicia por la “psiquiatrización del delito” así como preocupación desde el ámbito de salud mental por la denominada “criminalización de la enfermedad mental” (Prins, 2005). Una de las preguntas que surge es ¿cómo desinstitucionalizar a dichas personas sin que ello genere un impacto negativo en los procesos judiciales y penales o en la seguridad pública?

Por otra parte, es necesario realizar un análisis técnico de los procedimientos de diagnóstico y pronóstico. La evidencia sugiere que la población de personas con problemas de salud mental que han cometido delitos está siendo progresivamente encarcelada, en condiciones deficitarias de acceso a servicios de salud mental, lo que conlleva un agravamiento de sus condiciones previas (Travis & Petersilia, 2001). Es decir, el sistema estaría volviendo aún más

precaria la vida de gente con severas deficiencias psicosociales. Frente a lo anterior, es posible examinar la definición de “problema de salud mental” (los conflictos relativos al diagnóstico serán abordados más adelante en otro apartado).

2.4 Situación de imputados con patología de salud mental

En el caso de que un imputado presente alguna alteración que llegue a constituir una enajenación, se aplicará al sujeto sobreseimiento o, de corresponder, un procedimiento especial para aplicarle medidas de seguridad que serán dictadas en juicio oral. El Código Procesal Penal plantea diversos escenarios en los que se podría sospechar que el imputado pudiese tener alguna patología de salud mental y en todos los casos es requisito fundamental que exista un informe realizado por un psiquiatra que precise la anomalía, así como las diferentes características de ésta.

En el caso que ya se haya formalizado la investigación, o que el proceso esté en cualquier punto posterior a ello, los pasos a seguir frente al imputado con problemas de salud mental son similares y tendrán sólo modificaciones menores que dependerán del estado procesal de la causa. En todos estos casos la pauta está dada por el artículo 458 que encabeza el párrafo II (“sujeto inimputable por enajenación mental) del título VII que señala:

Cuando en el curso del procedimiento aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el Ministerio Público o juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará el informe psiquiátrico correspondiente, explicitando la conducta punible que se investiga en relación a éste. El juez ordenará la suspensión del procedimiento hasta tanto no se remitiere el informe

requerido, sin perjuicio de continuarse respecto de los demás coimputados, si los hubiere (Código Procesal Penal, 2000).

Ante la presunción de inimputabilidad por enajenación mental se da paso a la suspensión del procedimiento y a solicitar informes psiquiátricos, entre ellos el peritaje. Según el boletín estadístico de la Defensoría Penal Pública (Cisternas, 2018b), durante el 2016 hubo 1756 casos de suspensiones de procedimientos por la causal del artículo 458, de los cuales 419 correspondieron a reiteración delictiva. Entre quienes delinquían por primera vez, 1125 eran hombres y 212 mujeres, 59 menores de 18 años y 1278 mayores de esa edad, 1323 chilenos y sólo 14 extranjeros. Durante el 2017, hubo 1873 casos de suspensiones de procedimiento por la causal del artículo 458, de los cuales 514 correspondieron a casos de reiteración delictiva. Del total de imputados con suspensión del procedimiento por el artículo 458, 224 personas fueron sometidas a internación provisional de acuerdo al artículo 464 del Código Procesal Penal Chileno, el cual señala lo siguiente:

Durante el procedimiento el tribunal podrá ordenar, a petición de alguno de los intervinientes, la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, si éste sufriera una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas (Código Procesal Penal, 2000).

El Defensor Nacional, Andrés Mahnke (2019), señaló al respecto:

El tema es tan grave, que mientras la probabilidad de terminar en prisión preventiva o internación provisoria es de 7% para las personas imputables, para quienes sufren enfermedades mentales aumenta a 13%, sin considerar que a la discapacidad pueden sumarse otras condiciones de vulnerabilidad (Dünner, 2019, Sección Otros grupos vulnerables, para. 5).

Según esta información se puede concluir que el hecho de que un usuario que delinque tenga una enfermedad mental hace que aumente a casi el doble la probabilidad de que se estime que sea peligroso y que, por tanto, requiera internación provisional para la evaluación de su imputabilidad.

La construcción de la Macro Red de Psiquiatría Forense, como réplica del modelo anglosajón, nació para dar respuesta a las medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas inimputables (Minjus & Minsal, 2008).

Con el modelo de salud mental instalado hasta ese momento, el sector público de salud no se encontraba preparado para dar una respuesta satisfactoria a las necesidades de atención de estas personas. Se estudiaron las posibles modalidades de acuerdo a los modelos internacionales revisados y se determinó que por estimación de costos, características de la evaluación, de la atención y de seguridad, lo más adecuado era asociarse estratégicamente con el sector justicia, específicamente con Gendarmería de Chile, para implementar dispositivos al interior de los recintos carcelarios, denominados Unidades de Psiquiatría Forense Transitorias (UPFT), para dar respuesta a la necesidad de evaluación e inicio de tratamiento a personas imputadas y condenadas que lo requirieran (Minjus & Minsal, 2008).

La demanda de población a atender en estas unidades deriva de personas mayores de 18 años imputadas por un delito con sospecha de enfermedad mental y de personas condenadas

bajo régimen de reclusión carcelaria en las que se sospecha y/o son portadores de enfermedad mental.

Por otra parte, la prevalencia de enfermedades mentales en esta población, está contenida en el informe del Estudio de CESC10, Noviembre 2007 “Evaluación de la población de imputados y condenados con problemas de salud mental”. La doctrina del derecho penal sustenta la necesidad de dar respuesta a las medidas de seguridad impuestas por los tribunales de justicia correspondientes (INAP & CESC, 2007).

En este contexto, se consideró pertinente crear unidades especializadas en psiquiatría forense en lo penal que tienen por objetivo brindar atención a personas imputadas de un delito, de quienes se sospeche sean portadoras de enfermedad mental (locura o demencia). Estas unidades forman parte de la Macro Red de Psiquiatría Forense y son las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI)—localizadas al interior de la Red de Establecimientos de Salud—y las Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias (UPFT) que, a diferencia de las UEPI, se encuentran al interior de los recintos penitenciarios, son de mayor complejidad y permiten la realización de atenciones en condiciones de óptima seguridad para el usuario y para terceros. Esta atención considera entre otros: consulta/evaluación psiquiátrica, pericia psiquiátrica y psicológica e inicio de tratamiento cuando corresponda (Servicio de Salud Arica, 2015b). El tiempo máximo de hospitalización en las UPFT es de 15 días con una extensión de 30 días, según corresponda (Minjus & Minsal, 2008).

En términos generales, las UPFT tienen dos funciones. Por una parte, éstas deben atender a personas privadas de libertad, condenadas en el mismo complejo penitenciario, que consultan por patología de salud mental. Por otra parte, deben recibir a personas imputadas con antecedentes de salud mental, derivadas por jueces o abogados con el propósito de que los peritos (psiquiatra, psicólogo y asistente social) aporten antecedentes para que el juez

correspondiente determine si son imputables, inimputables o presentan imputabilidad disminuida. Asimismo, en los casos en que resulte necesario, se les inicia tratamiento psiquiátrico. El Código Procesal Penal establece las medidas que el sector público de salud debe seguir en estos casos (Minjus & Minsal, 2008).

Fue necesario incorporar modificaciones al Código Procesal Penal (en trámite legislativo a la fecha de entrega de esta tesis), que posibilitaran el funcionamiento de las Unidades de Psiquiatría Forense Transitorias (UPFT) que se encuentran dentro de los recintos penitenciarios . Para llevar esto a cabo, el sector judicial se responsabilizaría de la infraestructura y administración de los servicios de alimentación, mantención y seguridad de los recintos, mientras que las autoridades sanitarias se encargarían de la administración y dotación de recursos humanos para la gestión clínica de cada unidad (Senado, 2008).

Para los pacientes que podrían revestir mayor peligrosidad se implementó como solución la creación de las UPFT que por el hecho de ya encontrarse dentro de las cárceles ofrecen resguardo de seguridad perimetral.

El subsecretario de Justicia, Jorge Frei, al presentar el proyecto de ley que modifica el Código Procesal Penal y otros cuerpos legales en lo relativo al procedimiento y ejecución de medidas de seguridad, señaló lo siguiente (como es citado en Senado, 2008 Sección Discusión General):

El proyecto de las UPFT surge de la necesidad de contar con un lugar especial para atender a las personas que pasan largo tiempo en los servicios de psiquiatría de los recintos asistenciales en espera de que se practique el peritaje de imputabilidad ordenado por los tribunales de justicia. Esta situación ha generado problemas a los demás pacientes de esos servicios y al personal hospitalario. Además, ha aumentado la incidencia de

casos de personas que simulan una enfermedad mental para eludir la prisión preventiva y la eventual imposición de una condena.

Dicho proyecto de ley se encuentra en tramitación en el Senado desde el 2008, por lo que para poder habilitar las UPFT dentro de la cárcel, se aprobó un acuerdo de colaboración entre Justicia y Salud (Justicia, 2012), que permite generar protocolos de acuerdos específicos. Es decir, las UPFT están sólo permitidas por un acuerdo y no a nivel legislativo ya que esta ley no está aprobada. Este acuerdo de colaboración corresponde al Decreto Exento N° 3514 del 10 de julio del 2012: aprueba convenio de colaboración entre el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud. Este acuerdo constituye un desafío de trabajo intersectorial puesto que vincula aspectos tales como, la colaboración, responsabilidad y derechos humanos. Lo anterior implica: Trabajo intersectorial con foco en el derecho de las personas en el marco de su atención de salud, considerar la continuidad del cuidado de los usuarios, realizar una atención integral con enfoque de género, interculturalidad y curso de vida (Salud, 2015).

En Chile contamos con 127 cupos/camas para realizar peritaje de imputados y 136 para medidas de seguridad (Cisternas, 2018b). Esta internación provisional, tiene como finalidad determinar si el imputado está exento de responsabilidad criminal tal como señala el artículo 10 del Código Penal: “El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón”. Esta evaluación la realiza un equipo multidisciplinario en un dispositivo destinado para ello (Cisternas, 2018b), en el que conviven funcionarios del servicio de salud y funcionarios de Gendarmería encargados de vigilar el perímetro.

Para el cumplimiento de esta responsabilidad, y de acuerdo al modelo de atención de salud mental, se requiere de la instalación de dispositivos adecuados que permitan otorgar una atención integral, de calidad y con acceso oportuno a los usuarios/as.

De esta forma se ha definido un modelo de gestión que posibilita la creación y gestión de ésta macrored, siendo necesario para su operación el desarrollo de un protocolo de operación que defina los aspectos más específicos de su trabajo para permitir su adecuado funcionamiento.

2.5 Descripción estructural de la Macro Red de Psiquiatría Forense

A continuación describiré algunos aspectos del modelo de gestión de la UPFT, documento realizado por el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerior de Justicia, publicado el 24 de Noviembre del 2008 (Minjus & Minsal, 2008).

Este documento señala que en el caso de los usuarios declarados sobreseidos o absueltos “corresponderá a la Red de Salud Mental de cada Servicio de Salud otorgar las prestaciones que correspondan a la línea de tratamiento de la población general” (Minjus, 2008, p.9) . Si el usuario es declarado inimputable desde los tribunales de justicia en lo penal y se le decretara una medida de seguridad, es decir, es enfermo mental sin responsabilidad criminal, por encontrarse activa su patología al momento del delito, se determina la responsabilidad de otorgar prestaciones sanitarias a los servicios de salud.

Al decretarse una sentencia de medida de seguridad, el tratamiento psiquiátrico, psicofarmacológico, psicosocial y rehabilitador de estas personas, en virtud de su condición clínico-psicopatológica y por su repertorio conductual, su atención reviste especial complejidad pudiendo esta llevarse a cabo ya sea en un contexto hospitalario o de manera ambulatoria, según su peligrosidad. Una complejidad que veo en lo planteado es que al menos hasta la fecha no se

tiene certeza de cuántos usuarios están cumpliendo medidas de seguridad de forma ambulatoria, lo que dificulta tener una visión que permita conocer las necesidades en términos de recursos de salud mental. Además, no tener este dato impide realizar un seguimiento para saber cómo se encuentran los usuarios.

En el caso de ser necesaria una intervención de mayor especialización por la complejidad psicopatológica y el delito cometido por el usuario, las personas se derivan a espacios de atención cerrada ya sea Unidades de Alta Complejidad Forense o Unidades de Mediana Complejidad Forense.

En caso de que el usuario no represente un peligro para sí mismo ni para terceros, se puede derivar a una residencia forense que es de baja complejidad. Por último, puede otorgarse la medida de que el paciente se pueda ir con su red de apoyo y continuar tratamiento ambulatorio, tal como se mencionó anteriormente, en algún establecimiento de la red asistencial (INAP, & CESC. 2007).

Para las personas imputadas desde los tribunales de justicia y con sospecha de patología de salud mental, se han desarrollado dos unidades que corresponden a las UEPI y las UPFT las que se estructuran por una parte, en función de la gestión clínica y por otra, en función de las medidas de seguridad que requieren.

En el caso de las UEPI, estas unidades están vinculadas a Establecimientos de Atención Cerrada de la Red Pública de Salud. Pueden estar en terrenos cercanos al establecimiento de salud o dentro de los mismos. Algunos ejemplos de estas unidades se tienen en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel y José Horwitz Barak. Dentro de sus funciones, están: actividades periciales de diagnóstico y evaluación e inicio de tratamiento cuando corresponda a personas imputadas y en las que se hace necesario prolongar su estadía para una mayor precisión

diagnostica y /o prolongación de su internación provisional por un plazo mayor a 30 días (INAP, & CESC. 2007).

El área de seguridad tiene dependencia administrativa de Gendarmería de Chile y su jefe de seguridad se coordina con el jefe médico de la unidad, o quien determine la autoridad de salud.

Las unidades cuentan con un área centralizada desde donde se tiene una perspectiva visual hacia las áreas de habitaciones y pasillos. Desde esta área se opera el sistema de monitoreo a través de un circuito cerrado de TV en cierre perimetral, hacia los distintos espacios en que circulan las personas, por razones de observación y seguridad permanente.

Desde esta área central se accede a través de pasillos a las habitaciones y sala de observación de pacientes agudos y servicios higiénicos. Los recintos clínicos de apoyo están constituidos por: estación de enfermería, trabajo limpio y sucio, ropa limpia, ropa sucia, bodega, sala de procedimientos de enfermería.

El área de atención ambulatoria consta de un área de administración, oficina dirección, sala de reuniones, box de consultas, área de visitas, sala multiuso para actividades grupales, repostero y comedor pacientes. Cuentan además con espacios exteriores para actividades recreativas y ejercicio de las personas.

Complementan estos recintos, las áreas de vestuarios, servicios higiénicos del personal, comedor y residencia para los funcionarios (Minjus & Minsal, 2008).

En el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel, las camas son de uso indiferenciado; en el Hospital P.J. Horwitz, la dotación de camas es de 30 para varones y 6 para mujeres. En UEPI Temuco, la dotación de camas es de uso indiferenciado (Minjus & Minsal, 2008).

En el caso de las UPFT, de acuerdo a lo establecido en el Código Procesal Penal (2000) (actualmente en trámite legislativo), se definen como establecimientos de carácter asistencial que dependerán del Servicio de Salud respectivo.

Entre sus funciones está la de realizar las evaluaciones y emitir los informes periciales psiquiátricos que les ordene el juez con competencia penal, tanto respecto de imputados internados provisionalmente, como de condenados, respecto de los cuales, conforme al artículo 482, pueda reemplazarse el cumplimiento de la pena privativa o restrictiva de la libertad por una medida de seguridad. Asimismo, podrá iniciarse el tratamiento médico de aquellos que lo requieran. Les corresponde también “prestar atención médica ambulatoria de carácter psiquiátrico y psicológico, en general, a la población penal que se encuentra privada de libertad en el Recinto Penitenciario respectivo” (Minjus & Minsal, 2008).

Dado que su función es realizar evaluaciones psiquiátricas por orden judicial a personas en conflicto con la justicia en régimen cerrado de atención, su organización, características de diseño e infraestructura deben responder adecuadamente a requerimientos específicos de Salud y Justicia. Desde esta perspectiva, son especialmente importantes todos aquellos aspectos de seguridad para sus usuarios en todas sus instalaciones.

Las actividades que en ella se desarrollan implican observación de los pacientes de manera permanente. El trabajo del equipo de salud está dirigido a evaluación, inicio de tratamiento cuando corresponda, desarrollo y elaboración de informes relativos a aspectos periciales, anticipación y/o control de eventos de auto/heteroagresión, comportamiento, control y atención en momentos de crisis, mantener condiciones de seguridad, etc.

Todo el movimiento de ingreso y salida de personas, insumos y servicios es controlado por Gendarmería. Para efectos del funcionamiento interno de la UPFT, se deberá considerar la

segmentación jurídica de los imputados. Se deben considerar además todos aquellos aspectos relativos a la seguridad pertinente para los funcionarios que laboran en ella.

Respecto del funcionamiento clínico, las actividades de atención y supervisión que desarrolla el personal de salud a los pacientes se realizan de manera presencial, por observación directa y dinámica.

Estos recintos cuentan con sistema de cámaras, grabación y dos salas con monitores permanentes en todos los recintos. Una de estas salas está a cargo de Gendarmería y la otra a cargo de enfermería por lo que el control de los usuarios se realiza de forma doble. Esto plantea la siguiente pregunta: ¿Por qué si Gendarmería tiene a cargo el control perimetral del recinto, se le ha dado también acceso a la intimidad de las habitaciones de los usuarios? Esto trae el problema de delimitación entre las funciones que tienen los funcionarios de Salud y de Gendarmería en el control y cuidado de los usuarios.

La zona de atención ambulatoria consta de un área de administración, oficina dirección, sala de reuniones, box de consultas, área de visitas, sala multiuso, comedor, estar y patio para pacientes.

Estos recintos tienen, vestuarios, servicios higiénicos del personal separados por sexo, comedor y residencia para los funcionarios.

Su diseño debe considerar circulaciones simples, despejadas, libres de obstáculos a modo de facilitar el control espacial, sin rincones o puntos ciegos y reducir al mínimo el riesgo de incendios o colapso en caso de desastres. Debe garantizar una evacuación oportuna de sus ocupantes. Se debe evitar las terminaciones de superficies con bordes cortantes, en lo posible deben ser redondeadas e impedir fijar ganchos, amarrar cuerdas o telas, o soportar cualquier elemento que sirva para atentar contra la vida del interno o de terceros (Minjus & Minsal, 2008).

2.6 Situación del individuo culpable e inimputable

En caso de que el individuo sea considerado culpable, pero que efectivamente actuó en un estado de locura o demencia, el juez puede determinar una medida de seguridad. En otras palabras, puede cumplir su condena en un establecimiento de salud.

En este sentido, el artículo 457 del Código Procesal Penal señala lo siguiente en relación a las clases de medidas de seguridad:

Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento. En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse a cabo en un establecimiento carcelario. Si la persona se encontrare recluida, será trasladada a una institución especializada para realizar la custodia, tratamiento o la internación. Si no lo hubiere en el lugar, se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano (Congreso Nacional, 2000).

Sólo en 2016, 61 personas en Chile fueron sometidas a medidas de seguridad en establecimientos de salud, es decir hospitalizados, lo que resulta preocupante considerando que la capacidad de infraestructura en el país permite acoger como máximo sólo a 136 individuos con medidas de seguridad en establecimientos de salud (Cisternas, 2018b). Estas cifras plantean la duda de si efectivamente Salud y Justicia han dialogado de manera adecuada para resolver las necesidades en este ámbito ya que no existe información centralizada que permita conocer cuántos usuarios actualmente están cumpliendo medidas de seguridad de manera ambulatoria.

3. REFLEXIÓN EN TORNO AL SISTEMA FORENSE EN CHILE

Es posible afirmar que los derechos humanos y las leyes de nuestro país velan por la salud mental de los pacientes privados de libertad con enfermedades mentales o sospecha de tenerlas (Freeman, Pathare, Drew, Funk, & Saraceno, 2006). Existe una preocupación creciente a nivel global por la reclusión de las personas con trastornos mentales en las prisiones, en vez de que reciban atención en instituciones de salud mental.

En relación a lo anterior, la OMS a través de su *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, a fin de prevenir que las cárceles se transformen en hospitales psiquiátricos de facto, recomienda enfatizar en la derivación de las personas con trastornos mentales del sistema de justicia penal al sistema de atención en salud mental. Además sugiere que la mencionada derivación pueda realizarse en todas las etapas del procedimiento penal, desde que la persona es arrestada por primera vez y detenida por la policía, en el transcurso de la investigación y procedimiento penal e incluso después de que la persona ha comenzado a cumplir pena por un delito (Freeman et al., 2006).

Es propósito de los derechos humanos y de las leyes chilenas velar por la salud mental de los pacientes privados de libertad con enfermedades mentales o sospechas de ellas. Existe una preocupación creciente a nivel global por el encarcelamiento de personas con trastornos mentales en las prisiones, en vez de recibir atención en instituciones de salud mental (Freeman et al., 2006). A lo anterior se suma que en algunos países hay tanta gente con esquizofrenia en la prisión como en los hospitales (Torrey, 1995)

3.1 Macro Zonal de Psiquiatría Forense Norte

A un año de comenzar su funcionamiento, el año 2015, se detectó por parte de la UPFT Arica la necesidad de reflexionar y analizar los modelos, protocolos y estrategias de funcionamiento de los dispositivos existentes y del rol de los propios autores que están insertos en el marco de la psiquiatría forense en Chile.

El equipo UPFT de Arica propuso la realización de una jornada denominada “Macro Zonal de Psiquiatría Forense Norte”, lo que se constituyó como una instancia de conversación y conocimiento entre los diferentes actores del sistema forense.

Se decidió invitar a este encuentro a Carabineros, PDI, Tribunales de Garantía (TG), Tribunales Orales en lo Penal (TOP), Ministerio Público (Fiscalía), Defensoría Penal Pública, Servicios Médico Legales de la Macrozona Norte, Unidades de Salud Mental y equipos de Salud Mental de las regiones de Antofagasta, Tarapacá y de Arica y Parinacota, Equipos Médicos de los Complejos Penitenciarios de Acha, Alto Hospicio y Antofagasta y, por último, a las Unidades de Psiquiatría Forense a Nivel Nacional (Punta Arenas, Temuco, Concepción, Valparaíso, Santiago, Putaendo y Arica).

Se invitó, además, como expertos al Dr. Juan Matías Santos, MSc en Neurociencias y Psiquiatría Forense, al Dr. Rodrigo Dresdner, MSc en Psiquiatría Forense del Servicio Médico Legal de Santiago, a Guillermo Rodríguez, juez y MSc en Derecho y Derecho Penal de Arica.

Dentro de los objetivos estuvo contribuir en conjunto a generar estrategias en los ámbitos de salud, seguridad y peritaje además de poder adquirir conocimiento teórico y científico relevante y actualizado para llevar a cabo el ejercicio de la psiquiatría forense.

Dentro de las preguntas que se analizaron en diferentes mesas de trabajo y que constituyeron la reflexión en esta jornada estaba: ¿qué se puede decir de la psiquiatría forense hoy en Chile? Se apreció desconocimiento del trabajo de los diferentes profesionales y sectores que intervienen a lo largo del proceso así como también se vio una falta de coordinación en el trabajo que realizan las diferentes instituciones y una carencia de un lenguaje común, comprensible entre todos. Se llegó a la conclusión de que la Policía de Investigaciones participa sólo en el proceso investigativo siendo que la información que puede entregar sobre los hechos podría ser de suma importancia para el peritaje.

Además se pusieron de manifiesto otros elementos entre los que se cuentan los siguientes: Los antecedentes que poseen los jueces en la audiencia provisoria son escasos, por lo que sería importante conocer los antecedentes de salud mental en esa instancia. Frente a este mismo punto, se hizo énfasis en que la Justicia no tiene los elementos necesarios para determinar quiénes son aquellas personas que se pudieran beneficiar de peritajes o intervenciones. En esta misma línea faltarían personas en tribunales con conocimiento suficiente para actuar en forma diligente con respecto a la decisión del destino del imputado. Sería de suma importancia poder tener acceso a una evaluación del estado mental del individuo que delinque con la mayor prontitud posible.

Es importante capacitar a los psicólogos u otros profesionales en la especialización clínica forense propiamente tal, así como en el conocimiento de los conductos regulares que se deben seguir de acuerdo a la legislación vigente.

Sería deseable que hubiera más profesionales. El profesional psiquiatra es escaso (por ejemplo, en Antofagasta cuando se realizó este encuentro, había sólo un psiquiatra para toda la región). Frente a este último punto se hace énfasis en la necesidad de que haya incentivos para

que los psiquiatras vayan a regiones y que esos estímulos deben ir más allá de lo económico (Servicio de Salud Arica, 2015).

También se mencionó que sería importante modernizar el sistema, puesto que no está permitida la comunicación a través de emails para enviar documentos, todo debe hacerse por correo ordinario, lo que enlentece el funcionamiento del sistema y lo torna súmamente engorroso.

3.2 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, reflexión en torno a las UPFT

A partir de la década de los 80, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se ha ocupado con especial énfasis de las personas en situación de discapacidad. Es así como generó en 1993 las normas uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Esta iniciativa tuvo como propósito garantizar que este grupo de la población tuviese los mismos derechos y obligaciones que los demás (del Pino Rubio, 2018). Este documento, al no ser vinculante, se tornó insuficiente para alcanzar ese propósito. Por esto, el 19 de diciembre de 2001, la asamblea general de la ONU (como es citado en ONU, 2007a) decidió:

(...) establecer un comité especial abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examine propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y deberes de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no

discriminación (...) (Sección Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, para. 1).

El año 2007, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el texto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y el protocolo facultativo (ONU, 2007b). Este instrumento tuvo como objetivo principal promover la plena inclusión social de las personas con discapacidad.

La CRPD establece estándares que serán de gran utilidad a la hora de examinar la legitimidad de las medidas de seguridad.

El artículo 14 hace relación a la libertad y seguridad de la persona:

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables (ONU, 2007b).

El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad—órgano cuya finalidad es vigilar el cumplimiento de las obligaciones estatales adquiridas por la ratificación de este instrumento—manifiesta que el hecho de permitir la privación de libertad de personas con discapacidad basándose en que aparentemente representan un peligro para sí mismas o para terceros contraviene el artículo 14. La reclusión involuntaria de las personas con discapacidad sobre la presunción de riesgo o peligro que lleva aparejada la etiqueta de discapacidad atenta contra el derecho a la libertad (CRPD, 2014).

El comité antes mencionado ha alentado a los Estados Partes de la CRPD a eliminar las medidas de seguridad, ya sea que incluyan tratamiento médico forzado en instituciones forenses o que involucren privación de libertad indefinida y ausencia de garantías regulares en el sistema de justicia penal (ONU, 2007b). La petición del comité sería incompatible con situaciones que muchas veces pudiesen ocurrir en unidades que atienden a pacientes de salud mental donde se medica a los usuarios para tratamiento o control conductual sobre la base de que pueden representar un daño ya sea para sí mismos o para terceros.

En 2016, Chile rindió el primer examen ante el CRPD y éste manifestó una serie de observaciones entre las cuales destacaron las siguientes:

29. Al Comité le preocupa el criterio de “peligrosidad” utilizado para determinar la privación de libertad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial. Asimismo le preocupa el elevado número de personas declaradas inimputables que son internadas durante períodos prolongados en los hospitales psiquiátricos, en su mayoría en el Hospital Philippe Pinel en Putaendo, y la espera injustificada y prolongada para que las causas de internamiento sean revisadas por un juez, lo cual viola las garantías del debido proceso.

30. El Comité recomienda al Estados Parte revisar el criterio de peligrosidad que determina el internamiento forzado en centros psiquiátricos. Asimismo le recomienda revisar y reformar su Código Penal con el objeto de proteger efectivamente las garantías del debido proceso de las personas con discapacidad, particularmente con discapacidad psicosocial y/o intelectual, proporcionando los apoyos que requieran durante los procesos judiciales, considerando el género y la edad.

31. Al Comité le preocupa el internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de la deficiencia, por requerimiento de la familia y sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada.

32. El Comité recomienda al Estado parte prohibir la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad (ONU, 2016 p. 4).

Por cierto, existe una clara tensión entre el ideal normativo internacional y la realidad dogmática chilena y si se renuncia al criterio de peligrosidad se dejarán sin efecto las medidas de seguridad (Falcone, 2007).

El cuestionamiento a los sistemas de medidas de seguridad podrá alcanzar—desde lo que consideren los estándares provenientes del derecho internacional de los derechos humanos—diversos niveles según sean las características que concurren en ellos.

Sumado a que las medidas de seguridad son problemáticas, los mecanismos e instrumentos que utiliza el sistema de salud mental para determinar la peligrosidad y la necesidad de las medidas de seguridad también lo son. Las UPFT, si bien corresponden a unidades de carácter sanitario por el perfil de usuarios que atienden, actúan en estrecha relación

con Gendarmería para mantener el resguardo de la población que se relaciona con ellos. Este modelo es sin dudas desestabilizador para los pacientes, desde diferentes perspectivas, sobre todo al tratarse en su mayoría de personas con una estructura de personalidad muy frágil puesto a que se encuentran en un limbo entre la rehabilitación (el cuidado y el tratamiento) y la custodia. Es un lugar en que, por un lado se quieren aplacar las conductas disruptivas de los sujetos, muchas veces mediante elementos coercitivos, y por el otro se quiere otorgar cuidado y ofrecer un tratamiento a los usuarios.

El profesor Sebastián del Pino Rubio (2018) del Instituto de Derechos Humanos señala:

La supresión de las medidas de seguridad deben entenderse desde una radical y basal clave de igualdad y no discriminación que bajo ningún respecto importa privar de consecuencias la comisión de un injusto por parte de una persona con un diagnóstico o una discapacidad psicosocial. Muy por el contrario, una revisión del sistema de medidas de seguridad en sentido amplio, incluyendo los dispositivos forenses por los cuales opera, está destinada a dotar al derecho penal de la necesaria coherencia que a veces le resulta tan escasa. (p.7)

4. CONFLICTOS BIOÉTICOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD

4.1 Definición y breve historia de la bioética en la psiquiatría forense

Bloch y Green (2009) plantean en su texto *Psychiatric Ethics* que fueron pocas las ocasiones en las que se dio interés ético a la psiquiatría hasta el surgimiento de los asilos en el siglo XVIII, lo que se inició transfiriendo a los pacientes que estaban en la calle a lugares donde se les logró dar refugio. Sin embargo, en otros casos esta intención benevolente degeneró en tratos crueles e inhumanos.

La American Academy of Psychiatry and the Law (AAPL) define la psiquiatría forense como "una subespecialidad de la psiquiatría en la que un peritaje científico y clínico se aplica a aspectos legales en conceptos legales que abarcan materias civiles, penales, penitenciarias o legislativas" (AAPL, 2005).

La *Encyclopedia of Bioethics* en su edición de 1978, define Bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, analizando esta conducta a la luz de los valores y principios morales" (Reich, 1978).

Al aplicar la Bioética al campo de la psiquiatría forense se tiene por objeto evaluar la conducta profesional del médico-perito en cuanto a la utilización de sus conocimientos psicológicos y psicopatológicos para la resolución de las cuestiones que plantea el derecho (González, Rapún, Altisent, & Irigoyen, 2005).

Esta aplicación de los principios bioéticos al campo de la psiquiatría forense deberá sustentarse en la adaptación de las obligaciones morales del perito a los derechos del paciente, y en la singular relación que surge entre ambos, que debe adecuarse a las exigencias que tiene

este tipo de actuaciones médicas, tal como está descrito en los códigos éticos y deontológicos, guardando todo ello un perfecto equilibrio con el fin último, es decir, que el acto médico a realizar, en este caso el acto pericial, se enfoque en asesorar de la mejor manera a jueces y tribunales acerca de los problemas psicopatológicos que pudiera presentar el informado (González et al., 2005).

Dentro de los principios básicos de la bioética definidos por Beauchamp y Childress en 1979 tenemos (Beauchamp & Childress, 2012):

1. El principio de no-maleficencia o principio de “Primum non nocere” por el que las personas deben procurar que sus acciones no recaigan en un daño hacia los demás.
2. El principio de justicia, entendido como concepto de equidad, por el cual todos los miembros de la sociedad deben ser considerados iguales, sin que ello permita discriminaciones en el ejercicio profesional en razón de edad, sexo, raza, religión o cualquier otra circunstancia. Implica una consideración imparcial en la distribución de recursos.
3. El principio de beneficencia, que se basa en la pretensión de que la actuación médica resulte beneficiosa para el paciente procurándole un buen objetivo, de tal modo que en la actuación médica se potencien los beneficios, y se minimicen los posibles riesgos.
4. El principio de autonomía, entendiéndose por tal la capacidad del paciente para participar de un modo libre y consciente en las posibilidades terapéuticas que conduzcan a una restitución o mejora de su salud, a través del conocimiento lo más amplio posible de su patología y de las opciones que respecto a su tratamiento pueden plantearse.

Es importante recordar que la principal función del perito psiquiatra es proporcionar al juez una información que le permita aplicar justicia y no tiene como objetivo emitir un diagnóstico para, a través de un tratamiento, conseguir la restitución de la salud del paciente.

González et al. (2005) plantean una serie de normas que acompañarán a los anteriores para garantizar su cumplimiento. Como se detalla a continuación, las más importantes son objetividad, prudencia, reflexión, juicio, imparcialidad, veracidad y honestidad.

1. Objetividad: Norma fundamental para la interpretación de las pruebas y resultados obtenidos sin atender a posibles prejuicios o condicionantes, que pueden derivar de los propios hechos o de las circunstancias particulares de la persona a explorar.

2. Prudencia: Se requiere en la elaboración de dictámenes, con capacidad para no asumir verdades absolutas a través del conocimiento de las propias limitaciones, atendiendo a lo expuesto por Brouardel hace ya un siglo "la calidad mayor que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora".

Además el perito debe ser serio y profesional, actuar con rigor científico. Su labor debe estar acorde a los estándares internacionales establecidos para la labor de su especialidad. Jamás debe distorsionar la información que presenta de forma tal de beneficiar a la parte que lo contrata y mantener una postura honesta ante sí y los demás. Debe mantener una conducta autocrítica y de alerta en pos de minimizar los riesgos del sistema procesal adversarial que puedan menoscabar su objetividad e imparcialidad.

3. Reflexión y juicio: Se deben aplicar al objeto de racionalizar los hallazgos, razonando de manera lógica sobre ellos, simplificando los problemas que pueden plantearse y jerarquizando lo principal sobre lo accesorio, hasta alcanzar las conclusiones válidas.

4. Imparcialidad: El psiquiatra perito debe expresar sus opiniones científicas prescindiendo de cualquier implicación afectiva sobre los hechos valorados, o sobre cualquiera de las partes contrapuestas en el procedimiento, realizando su valoración con independencia de las consecuencias jurídicas y sociales que puedan derivar de ella. Este

principio de imparcialidad se resume en que el psiquiatra forense debe ser siempre y únicamente perito de la verdad.

5. Veracidad: El perito debe emplear un método que permita contrastar las conclusiones científicamente obtenidas, debiendo constituirse este principio de veracidad como uno de los soportes primordiales que guíe la prueba pericial forense.

6. Honestidad: Por la cual el perito permanecerá ajeno a cualquier interés espurio en las evaluaciones que se le encomienden.

Además de lo anterior, el psiquiatra forense, de manera evidente, deberá procurarse una correcta formación en su rama del saber, a la que añadirá suficientes conocimientos jurídicos que le permitan transmitir de manera clara y comprensible sus conclusiones a los profesionales del derecho.

Las problemáticas en psiquiatría son reconocidas hace largo tiempo y representan un desafío entre otros motivos porque los pacientes presentan particular vulnerabilidad debido a su patología de salud mental y el estigma asociado (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). En el área de la psiquiatría forense, al estigma de la patología por salud mental se suma el estigma asociado a la condición psicosocial del paciente y a su condición de imputado. La mayoría de las veces, los pacientes involucrados además de presentar patología de salud mental, son de escasos recursos, no tienen red de apoyo, tienen nula o escasa educación y provienen de un nivel socioeconómico bajo. Las anteriores son condiciones que no sólo aumentan el estigma, sino que también dificultan la recuperación y posterior reinserción en la sociedad. De esta forma el paciente pasa a ser visto por muchos como un “loco”, “pobre” y “delincuente”.

4.2 Conflictos bioéticos del diagnóstico y del lenguaje empleado en psiquiatría forense

Es problemático que palabras como “loco” sigan permaneciendo en textos jurídicos

como el Código Penal de Chile lo que da pie a continuar usando una terminología de exclusión hacia las personas con patología de salud mental.

El uso de esta terminología ha sido criticado por distintos sectores y así lo advirtió la Organización Mundial de la Salud (como es citado en Dresdner, 2014):

Un grupo de organizaciones de usuarios se oponen al empleo de los términos “enfermedad mental” y “paciente psiquiátrico” a partir del argumento de que estos términos fortalecen la prevalencia del modelo médico. La mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término “enfermedad mental” y prefieren emplear “trastorno mental” (p. 23).

Muchas fundaciones e instituciones avocadas al estudio de la salud mental han hecho énfasis en la relevancia del correcto uso del lenguaje al referirnos a la patología de salud mental. El Mental Health Coordinating Council (2018), por ejemplo, elaboró la guía *Recovery Oriented Language Guide* en la que se destaca lo siguiente:

Las palabras son importantes. El lenguaje que usamos y las historias que contamos tienen gran relevancia en todos los implicados en ellas. Éstas se pueden asociar a esperanza y posibilidades o pesimismo y desesperanza pudiendo determinar los resultados personales de los que las oyen (p.1).

El Royal College of Psychiatrists enfatizó ocho valores fundamentales en la relación médico paciente: comunicación, dignidad, empatía, justicia, honestidad, humildad, respeto y confianza. Estos refuerzan un clima que influye en los principios que dan forma al lenguaje y

terminología usada en salud mental centrada en la persona. Ejemplo de lo anterior es el principio que sugiere utilizar un lenguaje que primero se refiera a la persona y luego a su condición particular.

La calidad de la comunicación además puede facilitar un enfoque clínico basado en el “hacer con” y no “hacer para” el paciente, permitiendo un compromiso terapéutico efectivo entre el paciente y el clínico (Richards, 2018).

Realizar medidas de este tipo pueden mejorar la calidad del cuidado y no encarecen la atención. Si los diferentes integrantes de la salud mental se comprometieran a cambiar el estándar de comunicación, sin dudas que el estigma disminuiría (Richards, 2018).

La psiquiatría desde sus comienzos se asume como una especialidad médica que conceptualiza a las enfermedades psiquiátricas de acuerdo al modelo médico. Esto es, se les atribuye un cuadro clínico específico, una etiología o causa y se las considera entidades clínicas susceptibles a ser diagnosticadas y tratadas mediante mecanismos específicos. Cercano a estos pacientes se encuentran aquellos portadores de las denominadas “personalidades psicopáticas” que nunca, en el sentido estricto de la palabra, fueron catalogados como enfermos mentales, sino que solamente como portadores de “personalidades anormales”. En su *Manual de psiquiatría forense para abogados*, Dresdner (2014) describe el panorama nosológico hasta mediados del siglo XX:

Cuando se sustituye el término “enfermedad” por “trastorno mental” se unieron a la misma denominación enfermedades tan diversas como las tradicionales: esquizofrenia, psicosis maníaco depresiva, paranoia vera, neurosis, depresión, alcoholismo con otro grupo de enfermedades como trastornos facticios y trastornos de personalidad (las personalidades psicopáticas de antes). Esto llevó a problemáticas en el campo conceptual

y clínico. En el campo conceptual se equiparó la ‘enfermedad mental’ con el ‘trastorno mental’ mezclándose un concepto más acotado con otro mucho más abarcativo que incluía situaciones que no son propiamente tal “enfermedades mentales” (p. 39).

Los pacientes portadores de trastornos de personalidad comenzaron a ser recibidos en los recintos psiquiátricos y empezaron a ser percibidos por los psiquiatras y por la sociedad como enfermos psiquiátricos. Como consecuencia, según afirma el autor, se les atribuyó el estatus de enfermo psiquiátrico sin tener méritos para ello (Dresdner, 2014).

Pareciera haber una desconexión en el lenguaje al intentar trasladar los diagnósticos psiquiátricos al campo jurídico lo que muchas veces se hace de manera incorrecta, lo que lleva a conclusiones médico-legales espurias. A este respecto Cisternas (2018a), abogado de la Defensoría Penal Pública, advierte:

Ni siquiera los mismos abogados manejan los términos interdisciplinarios que se requieren, tampoco los jueces. Son muy pocas las personas que están especializadas y eso es desde la postura del derecho, una postura grave, porque no sólo nos lleva a que no se aplique la ley, sino que la ley está siendo aplicada de diferentes maneras a lo largo de Chile, y eso se traduce en escenarios de injusticia” (Sección problemas detectados).

4.3 Conflictos bioéticos en la relación médico-paciente

Dentro de los conflictos éticos presentes en la psiquiatría forense, está el de la confidencialidad. En las UPFT los psiquiatras que realizan el peritaje deben dejar en claro que la información que el paciente entrega no es confidencial ya que será vista por las partes

concernientes del caso, además el psiquiatra debe asegurarse que la información del evaluado no será revisada por personal no autorizado (Bloch & Green, 2009). Es justamente en ese punto que se da una separación artificial de los sistemas éticos fundamentales del rol del psiquiatra, es decir, entre quien que busca la mejoría del paciente y quien realiza un peritaje.

La psiquiatría presenta otras implicaciones éticas, por ejemplo, entregar tratamiento a pacientes en contra de su voluntad. Entonces surge la pregunta: ¿podemos hablar de tratamiento si éste se hace en un entorno tan hostil como la cárcel?

Otro ejemplo, es el acto de solicitar consentimiento informado para realizar un peritaje forense a una persona sobre quien se quiere saber justamente si está o no en condiciones de afrontar un juicio.

Otros problemas se dan en situaciones en las que el psiquiatra se ve impelido a tomar decisiones en condiciones no habituales o experimenta emociones que hacen que se altere el juicio de una determinada decisión. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando el perito debe trabajar con un imputado que ya conoce por que se trata de un caso que ha adquirido relevancia en los medios (Benjamin, Sadock, & Ruiz, 2015).

La psiquiatría forense tiene la particular característica de encontrarse en la interfase entre el sistema de justicia y el sistema de salud. Por lo tanto, debe adaptarse a las demandas de ambos. A diferencia de otras áreas de la medicina, tanto los profesionales de la psiquiatría forense como los pacientes actúan con escepticismo. Los pacientes están al tanto de que los psiquiatras son parte del sistema y que están involucrados en la determinación del juez acerca de su imputabilidad o inimputabilidad, por tanto, no pueden confiar en ellos como lo harían con otros psiquiatras. Por otra parte, los psiquiatras también actúan con escepticismo ya que cuestionan aquello que los pacientes dicen o hacen a fin de poder determinar posibles simulaciones o advertir signos iniciales que hagan sospechar posibles motines o agitaciones.

Los profesionales de la psiquiatría forense están en una situación que se ha llamado “el dilema de la doble lealtad” y que dice relación con el desafío de buscar el mejor beneficio tanto para el paciente como para la sociedad (Niveau & Welle, 2018).

Llama la atención cómo a pesar de los enormes desafíos en psiquiatría forense, aún su atención dista enormemente de los otros campos de atención de la bioética.

Los entornos forenses son lugares donde las personas quedan relegadas en un lugar y apartadas de la sociedad porque son culpables o sospechosas de haber cometido un ilícito y, por tanto, para muchos son indignas de confianza. Los psiquiatras forenses tienen entre sus pacientes a personas que ya han sido condenados por delitos graves tales como incendios, violaciones, abuso infantil y asesinatos. A diferencia de otras áreas de la salud, en la psiquiatría forense se debe equilibrar el “cuidado” con la “custodia” puesto que hay obligaciones tanto desde el sistema de salud como desde el aparato judicial. Este rol llamado de “doble agente” dice relación con la antes mencionada “doble lealtad” y, sin duda, impacta la relación médico-paciente y afecta la forma en que los profesionales conciben la práctica ética.

A este respecto, Arboleda-Flórez (2006) describe que este conflicto de identidad puede generar conflictos en las obligaciones lo que deriva en dilemas bioéticos. Por ejemplo, un problema bioético es el uso de elementos de contención física—tanto farmacológicos como no farmacológicos—con fines de seguridad en lugar de terapéuticos. Tal como se mencionó anteriormente, los entornos de trabajo ligados a la psiquiatría forense traen consigo varios retos ya que se trata con pacientes doblemente estigmatizados: como peligrosos y como locos.

En el curso de su práctica, los profesionales de salud mental ligados a la psiquiatría forense evalúan la salud mental de los pacientes, entregan antecedentes que sirven para determinar el grado de responsabilidad en los ilícitos, pueden proveer intervenciones terapéuticas, lo que hace necesario que concilien su rol de terapéutas con aquél de

investigadores. En ningún otro contexto de salud, el trabajo es tan cercano al sistema de justicia. Significa un desafío conciliar los roles del equipo de trabajo, los que muchas veces pueden ser opuestos y afectar la relación profesional-paciente que es de crucial importancia en todos los contextos de salud y es fundamental para la entrega diaria de cuidados y tratamientos. En esta relación, los pacientes son apoyados para desarrollar su capacidad de respeto (hacia sí mismos y hacia los demás), empatía y confiabilidad y para realizar cambios cognitivos y conductuales positivos.

Los profesionales deben intentar tener un vínculo auténtico con usuarios que pueden representar un riesgo real para su propia seguridad personal y que muchas veces han cometido ilícitos que pudieran perturbarlos. Es, sin duda, difícil lograr un vínculo de confianza en un contexto en el que la desconfianza tiñe la relación médico-paciente. Los profesionales están en constante vigilancia intentando detectar signos de simulación o engaño por parte de los pacientes. Por otro lado, algunos pacientes saben que los profesionales tienen obligaciones con el sistema de justicia y dudan acerca de si la salud de ellos es la primera prioridad. El establecimiento de la confianza entre el paciente y el profesional también puede verse limitado por las restricciones de confidencialidad entre los profesionales y los usuarios, en particular en relación con los informes a elaborar.

En un estudio sobre la moralidad en profesionales de la salud mental, Austin, Kagan, Rankel y Bergum (2008) se refieren al “distress moral” que causan las decisiones que deben tomar los profesionales en su práctica cotidiana y a la angustia que esto puede provocar en ellos. Los psiquiatras describen la dificultad que implica “hacer lo correcto” con los pacientes individuales en un sistema que impone experiencias poco realistas a la pericia psiquiátrica. Se exige que los psiquiatras realicen juicios certeros acerca de diagnósticos, peligrosidad o imputabilidad de los pacientes, ignorando la complejidad e incertidumbre de la realidad.

Para la *American Psychiatric Association* constituye una violación a la privacidad de los usuarios la elaboración de informes, aunque estos hayan sido consentidos. Esta violación, combinada con el rol central que tienen los informes de evaluación de la psiquiatría forense, llevan a algunos autores a señalar que la psiquiatría forense no está sujeta al mismo compromiso de confidencialidad que se espera de las demás áreas clínicas (Taborda, Abdalla-Filho, & Garrafa, 2007).

La literatura que aborda el tema de la confidencialidad se refiere fundamentalmente a consejos generales para guiar la práctica de aquellos que deben hacer informes. Se incluye una variedad de sugerencias dentro de las que están asegurar que los límites de la confidencialidad sean conocidos por el examinado, limitar la información no estrictamente necesaria y no escribir más de lo que se solicita en el informe, entre otros aspectos (Ackerman, 2010).

Estos consejos muchas veces se hacen insuficientes para lidiar con la compleja realidad de establecer confianza en un entorno donde la confidencialidad es limitada, especialmente cuando se trabaja con poblaciones vulnerables. De igual forma, estas recomendaciones no entregan información sobre cómo hacer frente a los posibles daños a largo plazo que pueden tener los usuarios por posibles efectos adversos e inesperados asociados a la divulgación de información contenida en los informes.

Un estudio sobre enfermería psiquiátrica en establecimientos correccionales (Holmes, 2005) encontró que la confianza es de primera necesidad tanto a nivel disciplinario como terapéutico, existiendo mayor cumplimiento por parte de los pacientes cuando está presente y además existe un buen vínculo entre la enfermera y los usuarios. La tensión entre seguridad-cuidado y la gestión de la violencia por parte de los usuarios son los principales conflictos éticos a los que se enfrenta cotidianamente el personal psiquiátrico forense (Mason, 2002).

Con los antecedentes antes mencionados, resulta legítimo preguntarse si es posible algo así como una práctica forense ética. Algunos eticistas como Stone aseguran que es simplemente imposible por las obligaciones que tienen los profesionales de la salud.

A Stone le preocupa principalmente el rol de “doble agente” del psiquiatra forense. Otros eticistas, si bien comparten esta preocupación, argumentan que a pesar de los deberes específicos en el campo forense, los médicos comparten el deber ético de no dañar como principio fundamental. Este punto de vista pareciera ser apoyado por la mayoría de los profesionales. En 1989 se realizó una encuesta a individuos seleccionados al azar de la *America Academy o Psychiatry and Law* (AAPL). El sondeo encontró que la mayoría de los psiquiatras forenses consideran que la ética de la psiquiatría forense está fundada en la ética médica y psiquiátrica.

Varias asociaciones han intentado lidiar con la complejidad de la práctica forense a través de la creación de guías y papers. En Estados Unidos la AAPL adoptó su versión de *Ethics Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry* en Mayo de 1985, pero el texto ha sido revisado en 1987, 1995 y 2005. La *American Psychiatric Association's Principles of Medical Ethics* no aborda explícitamente la práctica de la psiquiatría forense, pero proporciona asesoramiento sobre aspectos relacionados con ésta en sus opiniones del comité de ética. Muchos autores, así como también la mencionada AAPL, sostienen que la práctica de la psiquiatría forense debe regirse por guías y principios éticos enunciados por los psiquiatras y no por los tribunales. La AAPL (2013) señala a este respecto: “Las cortes pueden decidir que es legal, pero no cuál es la responsabilidad profesional y ética de la psiquiatría forense”. Además de los planteamientos de la AAPL, los documentos de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association), al igual que la mayoría de los puntos de la Declaración de Madrid—

ratificada por la Asamblea de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Yokohama de agosto de 2002—tienen validez en el área de la psiquiatría forense.

Sin embargo, el sólo hecho de que existan estos códigos no garantiza de ninguna forma que se cumplan y que el comportamiento sea ético (Lolas, 2006).

El texto más citado y más consistente con la tradición es el de Beauchamp y Childress (2012) que expone una discusión centrada en los principios que deberían tener prioridad al momento de tomar decisiones éticas. Esta práctica recalca que la psiquiatría forense cae dentro del marco de la ética de la psiquiatría y más ampliamente de la ética de la medicina. En esta línea ha habido dos enfoques que han sido más relevantes: el paradigma de la beneficencia/bienestar y otro cuyo centro es la justicia.

Hay autores que consideran que una directa aplicación de los cuatro principios de la bioética es inadecuado o que al menos dificulta el análisis de los conflictos en esta área en específico.

Appelbaum propuso, por ejemplo, que los profesionales de salud mental forense usen un set de principios basados en los fundamentos éticos forenses que pueden ser operacionalizados para resolver conflictos (como es citado en Griffith, 1998). Appelbaum sugiere dos principios: honestidad y respeto hacia las personas. Luego, teoriza que a medida que los practicantes sigan estos dos principios, en conjunto con el de verdad, justicia y respeto hacia los pacientes, serán éticos en su práctica cotidiana. Según este autor, no hay espacio para la duda o cuestionamientos porque el rol del psiquiatra forense es muy claro: evaluar a los usuarios en el contexto médico-legal.

Este enfoque se adapta a los profesionales que interpretan a la psiquiatría forense como la aplicación de un conjunto de evaluaciones y herramientas a ser aplicadas dentro de un determinado marco legal a fin de entregar información a un tercero.

La bioética en psiquiatría forense necesita abarcar más que aspectos legales, necesita involucrar además aspectos de la relación médico-paciente.

Griffith (1998) señala que el análisis bioético en psiquiatría forense no puede mantenerse al margen de los aspectos socioculturales de los usuarios. Para él, el psiquiatra forense debe estar al tanto de la condición sociocultural de los usuarios para lograr entenderlos de mejor manera, tanto a ellos como a las situaciones que los aquejan. Por ejemplo, en Canadá el 19% de las personas en las cárceles son aborígenes, pero sólo constituyen el 3% de la población adulta canadiense. La compleja interacción entre la opresión cultural, marginalización, victimización, pobreza y abuso de sustancias contribuye a generar esta desigualdad (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). Kirmayer et al., entre otros autores, señalan que los funcionarios forenses necesitan incorporar los componentes culturales en su razonamiento legal y moral particularmente cuando se trabaja en contextos multiculturales. Duncan (1990) va más allá y afirma que no sólo es importante tener en cuenta los aspectos culturales de los usuarios, sino que también los propios. Norko (2005) enfatiza que incorporar los elementos socioculturales de los pacientes ayuda a generar compasión en los profesionales forenses.

Un modelo que divide arbitrariamente el rol médico con el rol forense (el psiquiatra forense, por un lado es considerado un experto y por el otro lado; un clínico) no es consistente con la manera en que se experimenta el quehacer cotidiano en la profesión. Esta separación entre teoría y práctica resulta artificial y muy difícil de ser llevada a la práctica puesto que no se pueden escindir las funciones propias de la psiquiatría a la hora de realizar labores forenses.

La AAPL sostienen que la práctica de la psiquiatría forense se debe regir por las guías y no por lo que indiquen los juristas o tribunales. “Las cortes pueden decidir qué es legal, pero no cuál es la responsabilidad profesional y ética de la psiquiatría forense” (Rosner, 2003, p. 26).

Como señalan Ball y Corbis (2015), en el campo de la psiquiatría forense tienen validez los principios generales de beneficencia, no maleficencia y autonomía, así como otras materias éticas establecidas en documentos de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association), al igual que la mayoría de los puntos de la declaración de Madrid que fue ratificada por la Asamblea de la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatry Association) de Yokohama en agosto de 2002.

La psiquiatría forense comparte con el campo clínico temáticas como la conservación del trato digno del examinado, la preocupación de indicar un tratamiento en casos necesarios, la no discriminación de ningún tipo, la abstención de difundir a través de los medios de comunicación asuntos personales o privados del examinado además del compromiso con mantenerse actualizado con respecto a los avances científicos de la especialidad y subespecialidad (Taylor & Gunn, 1993).

4.4 Psiquiatría clínica y psiquiatría forense: Dos campos distintos

En el ámbito clínico, el psiquiatra y el enfermo establecen una relación que tiene por finalidad el tratamiento y la rehabilitación del paciente, el que salvo excepciones, consulta voluntariamente en busca de ayuda. Es así como se intenta que este vínculo sea estable en el tiempo para lograr objetivos terapéuticos, los que son posible si se construyen sobre la base de confianza y empatía. Se forma una alianza terapéutica entre el médico y el paciente basada en la confidencialidad, la cual está garantizada por el secreto profesional. Distintas circunstancias podrían llevar a que esta relación pueda deshacerse de manera bilateral o unilateral (Dresdner, 2010).

En el ámbito forense es un tercero, ya sea un fiscal o un juez de garantía, quien le solicita al perito examinar a una persona imputada o en conflicto con la ley. El perito, si pertenece al ámbito público, no podrá negarse a realizar dicha pericia por lo que deberá efectuarla. Si se trata de un profesional del ámbito privado podrá rechazar la realización de dicho peritaje siempre y cuando otro profesional pueda concretarla (Minjus & SML, 2014).

El peritado es enviado por el sistema investigativo-judicial para ser sometido a la pericia psiquiátrica. En caso de ser enviado por un juez o fiscal, existe una obligatoriedad legal por parte del imputado de asistir a la evaluación pericial. Si bien podría negarse a la evaluación en la práctica, lo que ocurre en caso de darse esta situación, es que la fiscalía o el juez vuelven a insistir en que se realice dicho peritaje. La instancia de consentimiento informado, de todas maneras, existe previo a la realización del peritaje. Si quien solicita el peritaje es el abogado defensor del imputado, no hay mucho margen para que se niegue al peritaje porque es un procedimiento que es solicitado en virtud de poder ayudarlo en su defensa (Dresdner, 2010).

Por lo anteriormente visto, ni el peritado ni el perito entran voluntariamente en la relación perito-peritado.

La involuntariedad, tanto del perito como del peritado, de entrar en la relación peritado-perito puede examinarse desde el punto de vista de que no es necesariamente función de este último hacerse cargo del tratamiento de la persona examinada. En situaciones de emergencia médica, como síncope o crisis disociativa durante la evaluación pericial, éticamente al perito sólo le corresponde indicar y comunicar la necesidad de tratamiento en el informe pericial. Es otro profesional de salud mental, quien se desempeña fuera del contexto forense, quien debe hacerse cargo de esta situación. Si el perito casualmente enfrenta un caso de agitación o descompensación aguda psiquiátrica, por razones éticas deberá suspender la evaluación, prestarle las primeras atenciones médicas y posteriormente derivarlo a un centro asistencial.

Esto se contrapone con lo descrito anteriormente. Pretender dividir la función médica psiquiátrica respecto de la forense no es consistente con la manera en que se experimenta cotidianamente la profesión. La respuesta difícilmente recae en una desconexión artificial entre estas dos funciones (Austin, Goble, & Kelecevic, 2009).

Se debe tener presente que el consentimiento informado para recibir un tratamiento dentro del contexto penitenciario cerrado es distinto que el consentimiento para realizar la evaluación forense. El psiquiatra debe conocer los reglamentos legales y administrativos de la institución para la que trabaja y ajustarse a ellos. La situación de privación de libertad le otorga al paciente una doble condición de paciente/interno o imputado/paciente cuyas características deben ser de conocimiento del psiquiatra institucional.

Otra de las diferencias versa en que la relación entre el perito y el peritado dura solamente lo que dura la pericia. De ahí en adelante el perito se va a entender con el solicitante de la evaluación forense y/o el tribunal que lleva la causa y muy probablemente no vuelva a ver al examinado en ninguna instancia, salvo en la audiencia del juicio oral en caso de que deba asistir para declarar.

Existe una incompatibilidad en la dualidad pericial-asistencial, por lo que se sugiere no atender como tratante a una persona que se conoció primero como perito puesto que pudiese contaminar su mirada como tratante en la segunda instancia. Si el forense fuese un funcionario público, estaría ética y administrativamente contraindicado para actuar como médico tratante (Barrios, 2000).

Existen algunas consideraciones deontológicas extraídas de diversas guías, que serán detalladas a continuación, y que están especificadas en el libro *Psiquiatría forense en lo penal* (Dresdner, 2010):

De considerar el perito que pudiese existir alguna causal que atente contra su posición de imparcialidad, ya sea por lazos que lo unen con el peritado, de forma positiva o negativa, ya sea por sentirse prejudicado frente al caso, entonces deberá restarse de realizar la pericia (p. 274).

Es importante que el perito no responda a influencias o presiones externas y mantenga en todo momento la autonomía de su opinión profesional sobre el caso. El perito se constituye legalmente como el único responsable de la pericia. Se entiende, de todas formas, que la condición humana impide ser absolutamente objetivo, es por eso que se pide al perito alcanzar una posición lo más objetiva posible.

El perito debe darle un trato respetuoso al evaluado cuidando de no menoscabar su dignidad y evitando dar cualquier juicio de valor respecto de la situación del peritado. Debe, por lo tanto, mantenerse en una posición equilibrada frente al peritado.

En caso de no poder manejar adecuadamente la contratransferencia, le corresponderá pedir una segunda opinión a otro colega para salvaguardar la objetividad. Otra alternativa es derivar el caso a otro perito. Se aconseja también interconsultar con otros colegas en casos éticos complejos.

No se aconseja que un perito atienda a alguien que es o fue paciente suyo puesto que existe una incompatibilidad ética en la dualidad “asistencial-pericial”. Los psiquiatras que asumen el rol forense con sus pacientes arriesgan que la relación terapéutica pueda verse alterada. En Estados Unidos, por ejemplo, si ocurre esto puede arriesgarse una demanda civil por mala praxis como tratante y como forense. Si se evaluó a alguien como perito, se aconseja no verlo en la consulta privada porque puede haber un detrimento contratransferencial que finalmente puede producir un detrimento en la relación médico paciente.

No debemos confundir la labor pericial con un rol policial o de investigación. El perito evalúa el estado mental del peritado y debe pronunciarse sobre las posibles implicancias medicolegales. A diferencia de lo que algunos pudiesen pensar, los psiquiatras forenses no están capacitados para detectar mentiras. Aún no existe tecnología de ese tipo que pueda presentarse como evidencia científica en un estrado judicial. La mentira no puede ser detectada de modo fiable y el número de falsos positivos es considerable. La búsqueda de evidencias y pruebas es misión del ente persecutor penal junto a los policías auxiliares y la verdad de los hechos judiciales debe ser establecida por los tribunales de justicia (Dresdner, 2010)

Si durante la evaluación pericial, así como en la práctica clínica, se obtiene información que pudiese ser de riesgo para el perito o para terceros, aunque no sea de importancia en relación a la pregunta médico-legal del solicitante de la pericia, el perito debe entregar esa información a quien corresponda a fin de evitar graves consecuencias. En este caso no se incurre en una violación de la confidencialidad que es de por sí inexistente en el contexto forense, puesto que la persona examinada está al tanto de los fines de la evaluación y ha sido correctamente informada a este respecto.

Además de cumplir con la función forense, y si durante la evaluación el perito constata que el examinado padece enfermedades psiquiátricas o no psiquiátricas, de cuidado o potencial riesgo para su salud, debe indicar en las conclusiones de su informe pericial la necesidad perentoria y tipo de asistencia médica. Que al perito no le corresponda asumir funciones como tratante no lo excluye de prestar socorro y cuidado a un enfermo, o como en este caso particular, señalar las necesidades de tratamiento de modo que la persona pueda ser asistida médicamente en un segundo momento. Si se enfrenta a una urgencia médica deberá suspender el peritaje y derivar al enfermo a un centro asistencial. Lo anterior dice relación con el principio ético de beneficencia y el deber de protección de la vida y salud del paciente (Dresdner, 2010).

El perito deberá elaborar su informe pericial en base a los datos recopilados de todas las fuentes de consulta posible. Esto forma parte del imperativo ético de tender hacia la objetividad. De hecho, debe hacer una distinción entre información verificada y no verificada así como entre “hechos”, “inferencias”, e “impresiones” clínicas. En caso de no obtener antecedentes suficientemente sólidos y objetivos, debe incluir en su informe la imposibilidad de formular conclusiones científicamente consistentes o válidas.

Una vez concluido y redactado su informe pericial, el perito debe ocuparse celosamente, y en la medida de lo posible, de que dicho documento siga el conducto legal regular evitando que se filtre a terceros para salvaguardar la privacidad y la dignidad del examinado. En casos de connotación pública, el perito se debe abstener de hacer declaraciones a medios de comunicación o aceptar entrevistas periodísticas acerca de la persona que examinó, y si en su calidad de funcionario público se ve obligado a ello, deberá expresarse frente a los medios de comunicación en términos prudentes y comedidos, cuidando de nunca menoscabar la imagen del peritado ni de entregar información que le corresponde hacer pública en última instancia al requiriente de la pericia.

No es ético emitir opiniones psiquiátrico forenses sobre figuras públicas o personas mediáticamente expuestas, sin haberlas examinado o al menos haber debidamente revisado los datos clínicos y forenses (entrevistas grabadas y antecedentes de la causa) y contar con el consentimiento de ellas. También se debe tener el debido permiso de la persona si se desea utilizar información de ella con fines docentes, particularmente si se trata de información que no se incluyó en el informe pericial y/o no fue expuesta en un juicio oral.

Los contextos forenses exigen que los peritos acrediten sus conocimientos, habilidades, formación y experiencia profesionales. El perito debe presentar sus antecedentes curriculares de modo sobrio, preciso y veraz. Si la materia forense exige conocimiento y habilidades de áreas

específicas de la ciencia forense, el perito deberá aclarar si adolece de ellas o en caso contrario acreditarlo debidamente.

Bajo ningún precepto el perito puede participar en ejecuciones legalmente autorizadas, ni en la determinación de la capacidad mental de una persona para ser ejecutada. Esto no rige para el caso particular de Chile dado que la pena de muerte está legalmente abolida, pero en algunos estados norteamericanos los tribunales solicitan a los psiquiatras evaluar a los convictos respecto de su capacidad para ser ejecutados.

Al prestar testimonio ante un tribunal el perito debe atenerse siempre a la verdad sobre lo encontrado en su peritaje. El no hacerlo, a demás de faltar a la ética, lo expone a una querrela penal por falso testimonio, de acuerdo al artículo 206 del Código Penal (Dresdner, 2010).

5. CONFLICTOS BIOPOLÍTICOS EN LA DETERMINACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD

A la hora de determinar la internación de un infractor de ley con patología mental es necesario revisar los análisis psicológicos y sociales que se han realizado sobre esta problemática. Foucault (1970b), por ejemplo, realizó un examen de los mecanismos sociales y teóricos que operan en el funcionamiento de una prisión. En su tesis doctoral, en 1961, Foucault (como es citado en Roudinesco 1996) discutió las lógicas de poder que trabajan en el dispositivo institucional de la psiquiatría:

No ha sido la medicina la que definió los límites entre la razón y la locura, sino que, desde el siglo XIX, los médicos han sido los encargados de vigilar y montar guardia en la frontera. Allí escribieron ‘enfermedad mental’. Indicación que equivale a interdicción (Roudinesco, 1996).

La interdicción puede ser leída como inimputabilidad en el caso de los dispositivos de internación provisoria, es decir, los funcionarios de la salud de esa unidad vigilan la frontera entre aquel que delinque en su sano juicio y aquel que delinque sin tener control de su voluntad. Los gendarmes se encargan de vigilar que los imputados no salgan del espacio físico de la cárcel, ni tampoco del espacio permitido en términos de conducta.

Antes de entrar en un análisis de lo que ocurre al interior de los recintos, es necesario explorar el ámbito de los peritajes psiquiátricos que son el punto de partida para determinar el futuro de un paciente infractor. Foucault (1970b), por ejemplo, da cuenta de una serie de

características propias de dichos peritajes, las cuales se deben tener en cuenta en este análisis porque varios aspectos se mantienen en la actualidad.

La pericia, según señala Foucault (1970b), duplica el delito con la criminalidad, trasladando así el punto de aplicación del castigo desde la infracción definida por la ley a la criminalidad evaluada desde una visión psicológica y moral. Esto puede ser entendido como una equiparación de la peligrosidad, ya sea que provenga de una enfermedad mental o de una condición psicosocial. Se pasa desde el castigo legal como objetivo a un dominio de objetos que competen a un conocimiento, una técnica de transformación y a todo un conjunto racional y concertado de coerciones. Lo esencial de la pericia psiquiátrica es su papel de legitimar, en la forma de conocimiento científico, la extensión del poder de castigar otro aspecto que va más allá de la infracción misma. Permite reubicar la acción punitiva del poder judicial en un corpus general de técnicas meditadas de transformación de los individuos (Foucault, 1970b).

Según Foucault (1970b), la pericia psiquiátrica permite constituir un doblete psicológico-ético del delito. En otras palabras, el informe pericial deslegaliza la infracción tal como la plantea la ley y hace de ella una infracción no en el sentido legal, sino que la transforma en una irregularidad que transgrede una serie de reglas que pueden ser fisiológicas, psicológicas o morales. El juez, por lo tanto, castiga conductas irregulares ya que la pericia traslada el punto de aplicación del castigo desde la infracción definida por la ley a la criminalidad evaluada desde el ámbito psicológico-moral. La acción punitiva termina reubicándose en un corpus general de técnicas meditadas de transformación de los individuos, lo que permite al juez imponer medidas correctivas, de readaptación o de reinserción. El Código Procesal Penal chileno, por ejemplo, obliga a que los sujetos culpables con patología de salud mental vivan bajo estrictas medidas de seguridad en establecimientos asistenciales. Estas acciones deben ser homologables a la pena a recibir. Al respecto, Foucault (1975b) señala en *Vigilar y castigar*:

El examen pericial psiquiátrico, pero de una manera más general la antropología criminal y el discurso insistente de la criminología, encuentran aquí una de sus funciones precisas: al inscribir solemnemente las infracciones en el campo de los objetos susceptibles de un conocimiento científico, proporcionar a los mecanismos del castigo legal un asidero justificable no ya simplemente sobre las infracciones, sino sobre los individuos; no ya sobre lo que han hecho, sino sobre lo que son, serán y pueden ser. (p. 21)

En el análisis de los aspectos que caracterizan a las pericias, es posible ver que la psiquiatría ha sido principalmente un instrumento al servicio de las pretensiones del derecho, más que tener espacio para presentar su propio punto de vista. No es arriesgado proponer que la psiquiatría ha sido un medio o herramienta en el proceso penal más que un fin en sí misma. La integración de la disciplina psiquiátrica a este ámbito obedece a la necesidad de responder una pregunta médico-legal sobre la peligrosidad o responsabilidad del individuo infractor, lo cual finalmente es determinado por un juez.

Los peritajes son discursos que tienen poder de vida y muerte. Determinan, directa o indirectamente, un fallo de la justicia que concierne a la libertad o la detención de un hombre. La guía normativa técnica pericial de salud mental en las áreas de psiquiatría, psicología y trabajo social médico-legal—Resolución 10655, 2015— (como es citado en Minjus & SML, 2014) define al informe pericial de la siguiente manera:

Documento médico-legal que contiene los resultados de la evaluación de un perito, como parte de un requerimiento de los órganos jurisdiccionales o de investigación. Texto descriptivo y analítico, consistente y coherente, que, de modo natural, permite

fundamentar, articular y sustentar en forma clara las conclusiones finales, las que a su vez responderán las preguntas médico-legales del solicitante (Sección II Consideraciones generales, para. 1.13).

A partir de estas evaluaciones del perito, el juez se sirve para tomar la determinación de si el imputado estaba loco o demente al momento de cometido el ilícito. De esta forma se amplía el cerco punitivo sobre la sociedad con un discurso que se legitima por su cariz científico. De esta forma el psiquiatra junto con el juez determina quienes serían los sujetos peligrosos para la sociedad.

El peritaje al ser un texto emanado por un equipo de salud mental, adquiere un status de discurso verdadero, es decir, goza de un estatus científico ya que son formulados exclusivamente por personas calificadas dentro de una institución científica.

En este discurso se cruza la institución judicial y el saber médico. En este punto de cruce se formulan enunciados que tienen el estatus de discursos verdaderos y que, sin embargo, son ajenos a las reglas del derecho. Así, el personal de salud se posiciona como una entidad que cree conocer mejor al paciente que él paciente a sí mismo. Surge entonces la pregunta ¿Tiene sentido castigar a un “loco”?

En su texto *El orden del discurso*, Foucault (1970a). propone esta discusión y señala: “El loco es aquel cuyo discurso no puede circular como el de otros. Llega a suceder que su palabra es considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia, que no puede testimoniar ante la justicia” (p. 16)

Foucault describe y entiende el poder, que en este caso emana de los funcionarios de salud, no como algo que se “tiene” sino más bien algo que se “es”, es decir, que nos constituye

como sujetos. Este poder no es centralizado, sino que circula en redes de resistencia y conocimiento, técnicas de disciplina y examen (Salinas, 2015).

En ese discurso que circula entre peritos y autoridades judiciales, resulta notable otro problema que tiene relación con la falta de consenso en el uso de la terminología médica y la judicial. Muchas veces no queda claro si quien lee el informe médico entiende lo que ahí se comunica. Esto genera una cohesión ilusoria entre el discurso judicial y el psiquiátrico. Esos espacios vacíos en el consenso entre expertos médicos y judiciales han quedado de manifiesto en las jornadas de psiquiatría forense que se han realizado en Chile. En ellas participan distintos actores del proceso, venidos tanto del derecho como de la psiquiatría, quienes han dejado en evidencia esta problemática.

Todos estos desafíos que enfrenta la psiquiatría forense y la aplicación del derecho no quedan sólo para el análisis teórico, sino que se evidencian en la práctica. En la UPFT de Arica, por ejemplo, los profesionales encaran situaciones que dificultan el resguardo de los derechos fundamentales de los imputados. En su experiencia como médico general en la UPFT Arica entre 2014 y 2017, el autor de esta tesis vio cómo en un mismo espacio coexisten sujetos de los que se sospecha una patología de salud mental con usuarios condenados y con aquellos en evaluación de salud mental. En relación a los tipos de medidas de seguridad a las que deben ser sometidos los infractores de ley, el artículo 457 del Código Procesal Penal (Congreso Nacional, 2000) señala:

Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento. En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse a cabo en un establecimiento carcelario. Si la persona se encontrare recluida, será trasladada a una institución especializada para realizar la

custodia, tratamiento o la internación. Si no lo hubiere en el lugar, se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano

Si bien en la UPFT los imputados están con internación provisional y no se trata de una medida de seguridad como señala el artículo 457, resulta desproporcionado que alguien a quien no se le haya demostrado culpa deba estar dentro de la cárcel. Esto fue posible sólo por un acuerdo entre los ministerios de Justicia y de Salud, es decir, las UPFT no están establecidas en la ley (Justicia, 2012). Por lo tanto, muchas veces el funcionamiento de estas unidades propone dificultades que atentan contra los derechos del imputado en el cumplimiento de su condena. En su desempeño como médico en Arica, el autor de esta tesis participó en discusiones sobre si permitir o no que el equipo de salud le llevase agua a los pacientes en sus celdas, si éstos podían o no elegir la música que deseaban escuchar, la comida que consumían, en qué gastaban su dinero en el comercio establecido de la cárcel o las actividades que realizan en su tiempo libre. Si bien, estas dudas y discusiones se sustentaban en proteger la seguridad de los usuarios y del personal, muchas veces fue necesario recordar que el rol que ejercen los profesionales de la salud en la UPFT no era en ningún caso disciplinario y que su misión era velar por la salud de los usuarios que ahí se encontraban.

La vida y la muerte, la libertad y la prisión, la imputabilidad y la inimputabilidad aparecen en estos espacios como consecuencias de una decisión política. El biopoder se halla implicado en cómo se debe vivir, regular y administrar las condiciones de vida de otros. En el caso de las cárceles, se regulan los horarios de encierro y desencierro. Esto, en el caso de las UPFT, genera dificultades adicionales porque, al aplicarse la misma reglamentación que al resto de la población penal (encierro a las 17:00 y desencierro a las 9:00), se pueden provocar descompensaciones y cuadros ansiosos o psicóticos en los reclusos con patologías mentales. En

estas unidades, las comidas también están reguladas por horario y no se permite que familiares ingresen platos preparados, aduciendo la prevención de enfermedades transmisibles. Este tipo de acciones puede generar una desvinculación de los usuarios con sus redes de apoyo, entendiendo que los hábitos alimenticios tienen un rol fundamental en el sentido de pertenencia a un grupo familiar y social.

Las medidas de seguridad además establecen que los reclusos sean vigilados con cámaras día y noche, lo cual impacta su conducta en la intimidad de sus celdas. El único lugar donde se escapan del control omnipresente es en el baño común, un punto ciego donde los pacientes buscan su propia identidad y al mismo tiempo esconden materiales corto punzantes y otros elementos prohibidos que en ocasiones usan para atentar contra su propia vida. Es en estas situaciones cotidianas en el funcionamiento de estas unidades que el análisis teórico de autores como Foucault (1970b) cobra sentido:

El ejercicio de la disciplina supone un dispositivo que coacciona por el juego de la mirada; un aparato en que las técnicas que permiten ver inducen efectos de poder y donde, de rechazo, los medios de coerción hacen claramente visibles aquellos sobre quienes se aplican (p. 158).

Se genera así el mayor efecto del panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder (Foucault, 1975b). Bentham, creador del panóptico, señala que el poder debe ser visible e inverificable. El detenido, pese a que no puede saber si se le está mirando, no puede comprobar lo contrario, pero tiene la certeza de que siempre puede ser vigilado. De esta manera, este mecanismo disocia aquel que ve de aquel que es visto. En definitiva, el que se sabe visto reproduce en sí mismo las

operaciones del poder (examen, vigilancia, control, etc.), se convierte en el principio de su propio sometimiento.

La videovigilancia no sólo controla a los condenados e imputados, sino que también vigila el trato que los funcionarios ejercen sobre los pacientes, cómo se desplazan por el dispositivo, qué funciones realizan, etc. Todos son revisados en la entrada de estos recintos, se les exige andar con credencial a la vista y a la salida se les registra el maletero de sus vehículos.

Tal como señala Foucault, el poder no se reduce a prohibir, sino que también genera subjetividades y condiciones de posibilidad. Si aplicamos esta lógica teórica a la práctica, organizaciones como Gendarmería de Chile y el Ministerio de Salud actúan administrando y abriendo la vida humana (por eso se habla de biopolítica o biopoder) a un espacio de indeterminación donde se ve cercada y redefinida permanentemente. La UPFT crea al individuo que mantiene recluso, quien es disciplinado a través de la repetición de una serie de hábitos. Estas conductas impuestas no responden a un criterio unívoco de “lo saludable” que, a su vez, corresponde a lo que la sociedad entiende por verdades que están validadas por ciertos círculos de poder.

La biopolítica se entiende como la forma de ejercicio de poder político que tiene por objeto la vida biológica de las personas. Foucault (1975a) plantea que a partir de la época clásica (Siglos XVII-XVIII) asistimos en occidente a una profunda transformación de los mecanismos de poder. Junto al antiguo derecho del soberano de hacer morir o dejar vivir surge un poder de dejar morir y hacer vivir.

A partir del siglo XVII, el poder se organiza en torno a las formas biológicas, bajo los modos que se describirán a continuación. Por un lado, están las técnicas de disciplinamiento que tienen por objeto de estudio el cuerpo individual, al que se considera como máquina. Por otro lado, está la biopolítica de la población que está orientada al cuerpo viviente, es decir, a los

procesos biológicos tales como nacimiento, mortalidad, salud y duración de la vida (Foucault, 1975a).

Por ende, como explica Córdoba (2007), la acción permanente de la disciplina en el capitalismo sobre los grupos sociales, “conduce al objetivo esencial de lo que Foucault llama biopolítica, es decir, la fabricación de hombres y mujeres sumisos a la lógica del poder capitalista”.

La disciplina capitalista produce un doble efecto que actúa en forma recíproca: se domina y mantiene la sujeción sobre el cuerpo, así como se doblega y educa el alma para la obediencia (Córdoba, 2007).

Ya Foucault (1975b) en *Vigilar y castigar* señaló el tratamiento que presenta la locura en el Código Penal francés de 1810:

No hay crimen ni delito, si el infractor se hallaba en estado de demencia en el momento del acto. La posibilidad de asignar la locura excluía la calificación de un acto como delito: Si el autor estaba loco, no era la gravedad de su acción la que se modificaba, ni su pena la que debía atenuarse, era el delito mismo el que desaparecía. Era imposible pues declarar a la vez a alguien culpable y loco (p.21).

Posteriormente señala que la legislación fue cambiando desde responder con un sí o con un no a si el delincuente estaba “loco” hasta asignar diferentes grados de locura y con ello diversos niveles de responsabilidad ante el delito. Ante este tipo de delincuente, según la circular de 1958, los médicos debían contestar lo siguiente: ¿Presenta el inculcado un estado de peligro? ¿Es accesible a la sanción penal? ¿Es curable o readaptable? Esas preguntas se crearon para determinar si el asilo era preferible a la prisión, si había que prever un encierro breve o

prolongado, un tratamiento médico o medidas de seguridad. Actualmente, al psiquiatra le toca definir si el sujeto es “peligroso” y así proteger a la sociedad privándolo de su libertad o tratarlo médicamente, en el caso de que se determine que presenta una condición modificable. El psiquiatra tiene que definir, además, si es preferible intentar curarlo o simplemente reprimirlo, es decir, debe determinar qué delincuentes son los que se pueden “salvar” y cuales no. Así lo explica Foucault (1975b):

En el comienzo de su historia el peritaje psiquiátrico tuvo que formular proposiciones “ciertas” en cuanto a la parte que había tenido la libertad del infractor en el acto que cometiera; ahora, tiene que sugerir una prescripción sobre su tratamiento (p.29).

Esta última cita parece relevante porque, al menos en el sistema judicial chileno, el psiquiatra puede simplemente sugerir la inimputabilidad o la imputabilidad disminuida, pero es el juez quien finalmente la determina.

Es interesante como Foucault describe en su defensa de tesis doctoral, *Historia de la Locura*, las lógicas de poder que trabajan en el dispositivo institucional de la psiquiatría:

En la prisión, y por extensión en la UPFT (que si bien recibe también a imputados aún no condenados, se encuentra dentro de la cárcel), la vida humana es capturada por la organización del poder. A partir de Foucault hay un quiebre respecto al entendimiento del poder, por ejemplo en Weber o Marx. Ya no se trata de una jerarquía lineal, donde el poder se tiene y, fundamentalmente, prohíbe la realización de ciertas cosas. Foucault llama a darnos cuenta que la modernidad tardía le ha “cortado la cabeza al rey” en término de las relaciones de poder. El poder no se reduce en algo negativo que prohíbe, sino que también genera; el poder crea subjetividades y condiciones de posibilidad. La UPFT crea al individuo que captura, el usuario

(palabra usuario ya es un eufemismo porque ser usuario implica cierto nivel de libertad. En este caso el usuario es más bien un “usado” o “manipulado”)

Además la conducta de los usuarios es vigilada día y noche con cámaras de seguridad, corrigiendo su conducta incluso en la intimidad de sus celdas.

El autor de esta tesis, tuvo que enfrentar la urgencia que implicó un usuario que se hizo cortes en los brazos en uno de los baños de la UPFT, en Arica, situación que se controló gracias a que otro usuario alertó del peligro. ¿Qué hacer entonces? ¿Permitir que ellos mismos se protejan mediante estas conductas colaborativas? ¿O instalar cámaras también en el baño común?

Uno de los argumentos que se esgrime a la hora de defender medidas de seguridad como la presencia de cámaras de vigilancia en casi todos los espacios de estos recintos es que, sin ellas, no se sabría si se está o no frente a un paciente y, por tanto, se debe privilegiar el control conductual de los usuarios hasta poder determinar si efectivamente están enfermos. Probablemente, en un recinto penitenciario donde las condiciones de vida fuesen más saludables y estuviesen basadas en el respeto, cuidado y otros valores para poder rehabilitar a los usuarios, la hipótesis de la seguridad cobraría algún sentido. Los usuarios de la UPFT, pese a encontrarse en un sector separado del área de los condenados, deben circular por la cárcel y tener contacto con ellos, por ejemplo cuando van a evaluación ambulatoria a la UPFT.

El control puede llevar a situaciones de vigilancia entre el propio equipo de salud. El autor de esta tesis recuerda que, en una ocasión, un funcionario del recinto donde trabajaba aseguró que había llevado un pastel, que lo había dejado en el refrigerador y, en broma, propuso revisar las cámaras de seguridad. Esto pudiese parecer un suceso nimio, pero ayuda a graficar que todas las conductas de los funcionarios de la unidad quedan registradas. Entonces, no sólo

se está controlando a los usuarios, sino que también a los trabajadores de la unidad. El control lo ejercen las instancias superiores, pero también los mismos pares. ¿Cómo normar el uso de la video vigilancia para el mejor interés de los usuarios? ¿Quién vigila a quién? Mientras se vigila el actuar de los imputados, ellos a su vez vigilan a los funcionarios. Como se expuso anteriormente, los imputados observan dónde están las cámaras y estudian, en particular, el comportamiento de cada turno de profesionales. Saben, por ejemplo, a qué hora llegan e intentan predecir las conductas esperables.

Foucault (1975) señala que el panóptico puede constituirse en un sistema de control sobre sus propios mecanismos, puesto que las cámaras también graban el accionar de los trabajadores de la salud y de los gendarmes de la unidad. Cualquier exceso o conducta inadecuada puede ser grabada. Así analiza el autor este escenario:

El director desde su torre central puede espiar a todos los empleados que tiene a sus órdenes: Enfermeros, médicos, contramaestres, maestros, guardianes; podrá juzgarlos continuamente, modificar su conducta, imponerles los métodos que estime los mejores y el mismo a su vez podrá ser fácilmente observado (p. 184).

Foucault (1975) señala que el panóptico funciona como “un laboratorio de poder”: “Gracias a sus mecanismos de observación, gana en eficacia y en capacidad de penetración en el comportamiento de los hombres” (p. 189). En este sentido, la UPFT se constituye en un laboratorio donde los médicos y demás funcionarios de la salud, a través de la observación sistemática del comportamiento de los imputados y condenados y de la aplicación de test psicodiagnósticos, llegan a conclusiones sobre su imputabilidad, inimputabilidad o simulación.

Por ejemplo, un imputado que llegó a la unidad donde el autor de esta tesis se

desempeñaba, aseguró que creía estar en un colegio y que no sabía leer ni escribir. Después se pudo constatar por las cámaras de vigilancia que había estado escribiendo una carta. Otro usuario señaló que en la noche no podía dormir y estaba muy inquieto en su habitación. A través de la observación de cámaras se vio que no era así y más bien se trataba de una coartada para que le indicaran benzodiazepinas.

La videovigilancia supone el empleo de cámaras, sean estas fijas o móviles, se registren o no las imágenes, con finalidades diversas. Con el creciente aumento de la tecnología, la cámara de observación se ha convertido en una alternativa popular para la observación directa por parte del personal penitenciario. Sin embargo, los puntos ciegos de las cámaras, sumado a vigilantes de las cámaras atareados, conducen a problemas por omisión. Lamentablemente, hay muchos ejemplos de suicidios que ocurren a plena vista del equipo a cargo de las cámaras. Más aún, la mayoría de los reclusos rechaza la observación constante si ésta ocurre sin apoyo emocional y respeto. Por lo tanto, las cámaras de vigilancia nunca se deben utilizar como un sustituto de la observación del recluso suicida por parte del funcionario y, si se utilizan, sólo deben complementar la observación directa del personal (ONU, 2007b).

Cuando se aplica la videovigilancia en el medio penitenciario para prevenir y perseguir el ataque a la integridad moral de los internados, siempre con la premisa del estricto cumplimiento de la legalidad, por lo general, hay acuerdo en que su uso es positivo (Baras, 2013). Sin embargo, con ello se termina subestimando el derecho a la privacidad e intimidad frente al de la seguridad. Esto difiere del juicio que se hace sobre el uso de cámaras de videovigilancia en las calles públicas donde su implementación es más cuestionada (Martínez, 1999). En la UPFT, todas las dependencias (celdas de los imputados con baño personal, patio común, box de atención, cocina, etc.) cuentan con sistema de videovigilancia las 24 horas. Los únicos lugares donde ello no es la norma son la sala de uso común de los funcionarios, la

residencia de los profesionales de salud, el baño de los imputados y la sala de videovigilancia.

Foucault (1970b) afirma en sus textos que el tema “locura-delito” es muy antiguo, tal como lo son las posibles vías de solución que se han buscado para resolverlo.

Los conceptos a los que hace alusión Foucault en *Vigilar y castigar* (1975b), *El orden del discurso* (1970a), *El nacimiento de la biopolítica* (1979) y otros textos, son totalmente aplicables al funcionamiento de la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria. La postura crítica del autor invita a reflexionar sobre cómo el saber poder se impone a la hora de determinar si alguien actúa o no en su sano juicio al momento de delinquir.

CONCLUSIONES

Para llevar a cabo la presente investigación sobre bioética en los casos de evaluación de imputabilidad fue imprescindible analizar los aspectos que rodean a ésta, tales como la salud mental de los chilenos y las condiciones penitenciarias de las cárceles de Chile. Un hecho de gran relevancia en la materia es el recurso de amparo mediante el cual se puso en libertad a las personas con enfermedad mental que se encontraban privadas de libertad el año 1998 y se les ofreció atención de salud mental.

La mejora en la evaluación y atención en salud mental al interior de los recintos forenses, tanto en las UPFT como en las UEPI, pasa por avanzar en la atención de la red de salud mental de Chile. Por ello, resulta imposible analizar dicha mejora como un aspecto escindido de la realidad nacional. Prueba de lo anterior es la hipótesis de Penrose (Como es citado en Mundt et al., 2015) que muestra que no sólo en Chile, sino que también en otros países de Latinoamérica, el cierre de las camas psiquiátricas está aparejado con el aumento de la población penal (Mundt et al., 2015). Lo anterior nos lleva a pensar que tenemos en la cárcel a posibles “pacientes” que podrían haber sido beneficiarios de tratamientos de salud mental, pero no fueron pesquizados o no fueron tratados en su debido momento.

Además como se vio en el apartado “Situación de prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile”, gran parte de los usuarios de la red de salud mental no están recibiendo un tratamiento. Esto último tiene una serie de consecuencias dentro de las cuales están: descompensaciones de enfermedades de salud mental u otras, deterioro en las relaciones interpersonales, violencia, disminución en la calidad de vida, impacto en el aumento de la mortalidad y en la tasa de suicidios (Vicente et al., 2016).

Las brechas en el tratamiento, además, son más grandes entre las personas de menores ingresos. Ellas tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales y poseen menos acceso a tratamientos (Vicente et al., 2016).

Muchas veces queda al arbitrio de la autoridad policial o de Carabineros si ante situaciones de denuncias por vagancia, conductas que atentan a la moral y a las buenas costumbres, o episodios de agitación y violencia física, por mencionar algunos, corresponde que los implicados sean llevados a la penitenciería y sigan un curso legal o si corresponde que sean llevados a la urgencia de una institución psiquiátrica. La ciudadanía misma desconoce muchas veces cuándo llamar a una ambulancia y cuándo llamar a Carabineros.

Frente a lo anterior se han planteado una serie de soluciones entre las que destaca que, al igual a como se realiza la constatación de lesiones, se realice una evaluación de la salud mental de los implicados en los posibles ilícitos de forma tal de ayudar a la autoridad pertinente para que determine si es necesaria o no una evaluación psiquiátrica forense. Lo más relevante es impedir que personas enfermas estén en las cárceles sin recibir ayuda para su condición y lograr que obtengan atención en los dispositivos de salud que corresponden. Los esfuerzos debieran estar orientados hacia alcanzar ese objetivo.

Los peritajes forenses surgen para determinar quiénes de las personas detenidas efectivamente están enfermas, es decir, presentan un juicio de realidad alterado y, por lo tanto, actuaron sin saber que lo que hacían era ilegal. Al mismo tiempo, estos peritajes buscan identificar quiénes efectivamente actuaron sabiendo lo que hacían.

Es importante poner en conocimiento tanto a Carabineros como a la PDI sobre elementos clínicos que hagan sospechar que una persona que cometió un delito padece un trastorno mental, para que sea derivada inmediatamente a un centro de tratamiento para su evaluación con psiquiatras, en lugar de ser sometida a procedimientos penales.

Otra problemática bioética analizada es la posibilidad de separar la acción clínica en la evaluación de los imputados de la necesidad de realizar un peritaje que responda a una pregunta médico-legal que ayude al juez a evaluar la imputabilidad de un individuo. Si bien estas acciones son realizadas por un equipo clínico, se han pretendido operacionalizar hasta el punto de escindir la acción del peritaje del hecho de que ésta se realiza en un contexto clínico. O lo que sería parecido, a la hora de realizar el peritaje, se pretende suspender una parte del profesional que es eminentemente clínica. Además, la alta demanda asistencial en muchos contextos no permite prescindir de psiquiatras para la atención clínica. Por ejemplo, en la UPFT de Arica si un imputado presenta agitación psicomotora y el único psiquiatra que hay en ese momento en la unidad es quien le está haciendo el peritaje, debiese primar el mejor interés del usuario y debería atenderlo clínicamente.

Dentro de los objetivos que describe el *Manual de organización de la UPFT* (Minjus & Minsal, 2008), están los de Otorgar a imputados y condenados la atención en salud mental oportuna y de calidad, velando en todo momento por el bienestar y seguridad de estos, respondiendo en los plazos estipulados a la solicitud de exámenes periciales, emanada de los Juzgados de Garantía.

De lo anterior destaca la prevalencia de la beneficencia y protección de los usuarios por sobre la autonomía, lo que podría invisibilizarlos al muchas veces no tenerlos presentes en las decisiones normativas que se toman en la unidad.

Una de las problemáticas de la unidad radica en la pregunta: ¿Hasta qué punto sirve como una unidad de tratamiento y hasta qué punto actúa como una unidad de control conductual de los usuarios para prevenir posibles motines y desajustes mientras éstos son peritados (este período dura entre los 15 y 60 días)?

Precisamente, uno de los motivos esgrimidos para ubicar a las UPFT dentro de las cárceles es la seguridad que éstas ofrecen y que, en parte por motivos económicos, no se ha podido replicar fuera de éstas. Entonces, surgen las preguntas: Al estar dentro de la cárcel, ¿la UPFT está otorgando un beneficio real de salud mental a sus usuarios? ¿O sería mejor generar otro tipo de dispositivos fuera de la misma? A juicio del autor de esta tesis, las UEPI representan una ventaja significativa sobre las UPFT ya que están dentro de un hospital psiquiátrico lo que hace más expedito el acceso a la atención psiquiátrica. Sería bueno disponer de dispositivos que no tengan que estar necesariamente dentro de la cárcel para ofrecer un óptimo control perimetral. Si bien estas unidades facilitan la evaluación y atención de los pacientes condenados, presentan una serie de otras dificultades ya expuestas en este trabajo.

La UPFT Arica se caracteriza por ser una unidad en continuo cuestionamiento acerca de las normas que competen a su funcionamiento. Estas revisiones se realizan en reuniones técnicas en las que se plantean las problemáticas que pueden presentarse. Según la impresión del autor de esta tesis, muchas veces estas discusiones, pese a todos los esfuerzos que se han hecho para que así no sea, se apartan del devenir lógico argumentativo y salen a flote emociones personales de los profesionales que muchas veces son fruto de los prejuicios que se tienen de los pacientes de salud mental y privados de libertad.

En este sentido, los usuarios que se encuentran en la UPFT son sujetos susceptibles de doble discriminación: por la patología de salud mental que presentan y por encontrarse en condición de infracción de ley, en el caso de los condenados, o de sospecha de infracción de ley, en el caso de los imputados.

Pudieran, también, haber situaciones particulares por parte de los funcionarios que los predispongan negativamente con respecto al trato con los usuarios, por ejemplo, haber sido víctimas de un hecho delictivo.

A lo anterior se suma que, al tratarse de unidades relativamente nuevas, no existe mucha experiencia acerca de cómo resolver determinadas situaciones problemáticas que pudieran surgir desde que un individuo es detenido hasta que se sospecha de una patología de salud mental, se hace el peritaje y se decide su destino. Instancias como los Encuentros Macrozonales de Psiquiatría Forense y la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense han sido muy relevantes. En ellas se han podido reunir los diferentes actores tanto de Justicia como de Salud para elaborar e intentar responder importantes preguntas, fijar metas y llegar a acuerdos acerca de cómo llevar a la práctica los nuevos deberes para con los usuarios.

La discusión de los aspectos analizados en esta tesis sugiere que a la hora de discutir las problemáticas que surgen al interior de las unidades se actúe como comité de ética siguiendo los pasos de la deliberación, con apoyo del Comité de Bioética Asistencial del Servicio de Salud Arica (o el Servicio de Salud que corresponda a la UPFT), la Unidad de Derechos Humanos de la cárcel y algún especialista en los aspectos legales de la unidad.

Hay que tener clara la misión de las UPFT y que es otorgar un ambiente saludable a los pacientes, ayudarlos a su bienestar y responder a la pregunta médico-legal que se esté realizando con la mayor experticia y prontitud posible. En ningún caso el deber de la unidad es proporcionar un castigo o un correctivo a los usuarios. En este sentido hay que comprender que el clima carcelario genera desesperanza en los usuarios, ideación suicida, ansiedad y otras condiciones que constituyen factores de riesgo de gran relevancia para su salud, que muy lejos de facilitar su rehabilitación profundizan las causas que condicionaron la infracción de la ley (Zúñiga, 2010), tal como se puede ver en el trabajo presentado en el apartado sobre las condiciones penitenciarias en Chile en el que se describe la enfermedad mental de los presidiarios.

Es necesario recordar que los imputados y condenados que se atienden en estas unidades son titulares de derechos y a este respecto Chile ha suscrito un amplio acervo de tratados

internacionales tales como el *Pacto de derechos económicos, sociales y culturales* (1976) y las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito (1977) .

En relación a lo anterior, la OMS señala como requisito esencial de la atención en salud mental que se responda a las necesidades de los grupos vulnerables tales como los privados de libertad y los supervivientes de actos violentos (como es citado en Ansoleaga & Valenzuela, 2013).

Sumado a lo anterior, hay que ser conscientes de que el ambiente carcelario también afecta a los trabajadores, por lo que es importante enfatizar en su propio autocuidado y prevención del *burn-out*.

La relación profesional-paciente es de gran importancia en todos los contextos de salud y es fundamental para la entrega diaria de cuidados y tratamientos. En esta relación, los pacientes son apoyados para desarrollar su capacidad de respeto (hacia sí mismos y hacia los demás), empatía y confiabilidad y para realizar cambios cognitivos y conductuales positivos. En torno a lo anterior, el espacio de evaluación y hospitalización podría constituirse como una oportunidad para que los usuarios adquieran este tipo de conductas de autocuidado y trato respetuoso, que muchos no han recibido antes en sus vidas. De esta forma, se permite a los pacientes experimentar vínculos más seguros y de mayor confianza con los profesionales. Parece necesario que esta visión terapéutica pueda verse complementada con la del control conductual.

No hay claves ni fórmulas para tratar con los usuarios. Lo fundamental es el respeto, intentar conocer al otro como ser humano y a uno mismo. Por tanto, un eje fundamental en el trato con los usuarios es la empatía.

Una de las temáticas recurrentes de las reuniones técnicas de la unidad consiste en “cómo

mantener a los usuarios conductualmente controlados”. Los pacientes mientras permanecen en la UPFT, en el caso de presentar descompensaciones, reciben tratamiento pese a no entregar su consentimiento para ello. Esto último ocurre para protegerlos a ellos mismos y a terceros de un potencial daño.

Según la experiencia de trabajo en UPFT del autor de esta tesis, el control conductual llega por añadidura cuando se cuida clínicamente a un usuario, salvo excepciones donde no puede establecerse un vínculo terapéutico que lo permita.

Una de las reflexiones que surgen en torno a la temática tratada dice relación con las funciones éticas del sector salud en la UPFT, y los estándares de dignidad y de respeto acordes a los derechos humanos y a los principios de bioética, para poder permitir el mayor bienestar de los usuarios de los que se sospeche o tengan enfermedad mental confirmada. Asimismo, se debe analizar cómo establecer una mejor relación entre los usuarios y los profesionales.

Algunos usuarios, han estado gran parte de sus vidas institucionalizados, ya sea en el SENAME u otros lugares y desde pequeños identifican el rol que tienen los diferentes funcionarios de la salud. Por ende, saben qué pueden pedirle a cada trabajador y qué pueden esperar de ellos. Es decir, han logrado adaptarse a los contextos de institucionalización lo que pudiera facilitar la relación con ellos en la UPFT.

Se debe revisar el concepto de peligrosidad que determina la internación forzada en centros psiquiátricos. La “peligrosidad” de un paciente psiquiátrico producto de su enfermedad se tiende a homologar con la “peligrosidad delictiva” lo que aumenta el estigma sobre los pacientes.

El acceso a la intimidad de los usuarios lleva a la siguiente pregunta: ¿Qué hacer con esa información? Si se tiene acceso a la intimidad de otro ser humano, por ejemplo, al ver lo que hace en su habitación, se debe estar lo suficientemente preparado para enfrentar lo que sea que

ahí se vea. Esa situación de control no sólo expone al observado, sino que también al que observa.

Si bien el uso de cámaras tiene como finalidad evitar autoagresiones y heteroagresiones, es necesario preguntarse si la falta de espacios privados por parte de los usuarios, para que ellos desempeñen sus actividades, interfiere con su salud mental y recuperación.

Tomando en cuenta lo expuesto en el artículo 457 del Código Procesal Penal chileno, resulta ilógico que un imputado al cual no se le ha confirmado culpabilidad de un delito sea tratado como reo, es decir, se le prive de la libertad y tenga que permanecer en la cárcel para la evaluación de su imputabilidad. Éste es uno de los puntos en los que se articula arbitrariamente el discurso jurídico con el biomédico.

Es necesario fortalecer los elementos de la red forense puesto que los pacientes corren el riesgo de ser dados de alta sin un lugar que les pueda ofrecer un tratamiento acorde a sus necesidades y junto con ello vuelven a las circunstancias y condicionantes sociales que los llevaron a delinquir.

Es importante reconocer que, pese a la falta de idoneidad, al estar construidas dentro de recintos penitenciarios, las UPFT han sido la única posibilidad para poder mantener a resguardo a usuarios que, de otra manera, estarían en un sector común de la cárcel, con la posibilidad de sufrir vulneraciones a su integridad en un ambiente de gran estrés psicosocial.

Habiendo dicho lo anterior, por otro lado, la privación de libertad debe tener objetivos bien determinados, que no pueden ser excedidos por la actividad de las autoridades penitenciarias ni por el manto del poder disciplinario que les compete. Por tanto, el recluso no deberá ser marginado ni discriminado, sino reinsertado en la sociedad. En otras palabras, la práctica penitenciaria deberá cumplir un principio básico: “No debe añadirse a la privación de

libertad mayor sufrimiento del que ésta representa” (CIDH, 2011, Sección La mente sobre el problema, para.6).

Otro hecho controversial tiene relación con que en la UPFT los imputados compartan espacio con los condenados, oponiéndose a lo manifestado en las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de las Naciones Unidas que señala que en el caso de personas detenidas o en prisión preventiva, “los acusados serán mantenidos separados de los reclusos condenados” (como es citado en Portales, 2010). Lo anterior cobra relevancia en situaciones que van desde el traslado de los usuarios dentro del recinto penitenciario hasta circunstancias como las evaluaciones a pacientes condenados en la UPFT.

El fin y la justificación de las penas y medidas privativas de libertad son, en definitiva, proteger a la sociedad contra el crimen. Sólo se alcanzará este fin si se aprovecha el período de privación de libertad para lograr, en lo posible, que el delincuente una vez liberado no solamente quiera respetar la ley y proveer a sus necesidades, sino que también sea capaz de hacerlo (Portales, 2010).

Uno de los objetivos importantes del sistema de justicia penal debiera ser asegurar que ninguna persona con trastornos mentales sea mantenida en la prisión de manera inadecuada. En cuanto a las personas adultas privadas de libertad, se ha establecido, desde el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Justicia y sus redes pertinentes, un modelo de intervención específico en salud mental (Freeman et al., 2006). Desde este modelo se desarrolla una respuesta en macro-red con Unidades de Evaluación de Personas Imputadas, Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias, y Unidades de Alta, Mediana y Baja complejidad forense. Desde estas últimas unidades, el sector salud se coordina con los distintos interventores en esta materia. Algunas preguntas que se pudiesen retomar para trabajos posteriores de investigación son las siguientes: ¿Se realiza un aporte mediante la selección de pacientes inimputables? ¿Se logra una

verdadera protección de aquellos a los que se califica de inimputables? ¿La privación de libertad genera beneficios para quien delinque y para la sociedad?

BIBLIOGRAFÍA

- AAPL. (2005). Ethics guidelines for the practice of forensic psychiatry. Recuperado de <http://www.aapl.org/docs/pdf/ETHICSGDLNS.pdf>
- Ackerman, M. (2010). Forensic Report Writing. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 430–441. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Ansoleaga, E., Valenzuela, E., & IDH UDP. (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. *Informe Anual de Derechos Humanos UDP* (181–221). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Arboleda-Flórez J. (2006). Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(2), 87–91.
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Austin, W., Goble, E., & Kelecevic, J. (2009). The ethics of forensic psychiatry: Moving beyond principles to a relational ethics approach. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(6), 835–850. <https://doi.org/10.1080/14789940903174147>
- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M., & Bergum, V. (2008). The balancing act: Psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 89–97. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9083-1>
- Baras, M. (2013). La videovigilancia penitenciaria: Entre la afectación de derechos y la prevención de la tortura. *Anuario de Derecho Penal*, LXVI.

- Barrios, L. F. (2000). Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 248, 9–49.
- Beauchamp, T., & Childres, J. (2012). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Benjamin, S., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.; C. Pataki & N. Sussman, Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bloch, S., & Green, S. (Eds.). (2009). *Psychiatric Ethics* (4th ed). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068254>
- Castro, A., Cillero, M., Mera, J. (2010). *Derechos fundamentales de los privados de Libertad, Guía práctica con los estándares internacionales en la materia*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Centro de Derechos Humanos. (2018). Informe Anual sobre derechos humanos en Chile 2018. (1ra ed.). Vial, T. (Ed.). Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2018/Maira-DDHHMujeres.pdf>
- CIDH - Comisión Interamericana de derechos humanos. (2011). Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf>
- Cisternas, N. (2018a). Estudio de la Defensoría revela precariedades en causas de personas inimputables. *La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/estudio-la-defensoria-revela-precariedades-causas-personas-inimputables/235764/>
- Cisternas, N. (2018b, Noviembre). Proceso penal y personas inimputables por enajenación

- mental: Estadísticas. *II Jornada Nacional de Psiquiatría Forense en Chile*. Charla presentada en Jornada Nacional de Psiquiatría Forense, Arica, Chile.
- Congreso Nacional. (2000). *Código Procesal Penal Chileno*. Valparaíso, Chile: 17–20.
- Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595>
- Córdoba, P. (2007). Michel Foucault y los dispositivos de Poder en el capitalismo.
- Recuperado de <http://cienciasocialespanama.blogspot.com/2007/05/michel-foucault-y-los-dispositivos-de.html>
- Correa, M. J. (2015). La locura desde los archivos. Chile, 1850-1930. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [Online], Workshops*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68043>
- CRPD. (2014). Informe del comité sobre los derechos de las personas con discapacidad sobre su 12º período de sesiones. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>
- Del Pino Rubio, S. (2018). Contra las unidades de psiquiatría forense transitoria. Un corolario de la ilegitimidad de las medidas de seguridad. *INDH-UDP*, 1–7.
- Dresdner, R. (2010). *Psiquiatría Forense en lo Penal* (1st ed.). Santiago, Chile: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Dresdner, R. (2014). *Manual de psiquiatría forense para abogados* (1st ed.). Santiago, Chile: Editorial Libromar.
- Duncan, B. (1990). Cultural issues in forensic psychiatry. *Medicine and Law*, 9(6), 1220–1224.
- Dünner, P. S. (2019). Defensor Nacional alerta que la prisión preventiva aumentó un 40,7 por ciento en la última década. Recuperado de http://www.dpp.cl/sala_prensa/noticias_detalle/9386/defensor-nacional-alerta-que-la-prision-preventiva-aumento-un-407-por-ciento-en-la-ultima-decada

- Falcone, D. (2007). Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile. *Revista de Derecho (Valparaiso)*, (29), 235–256. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512007000100007>
- Figueroa, A., Durán, E., Mendizábal, N., & Oyarzún, S. (2017). El juicio de realidad y mundos posibles en personas con esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 55(3), 195–204.
- Foucault, M. (1970a). *El Orden del Discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1970b). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1975a). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1975b). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freeman, M., Pathare, S., Drew, N., Funk, M., & Saraceno, B. (2006). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental: Derechos humanos y legislación. *Organización Mundial de La Salud*, 220.
- Gabrysch, C., Fritsch, R., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study. *PLoS ONE*, 14(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213711>
- González, J., Rapún, A., Altisent, R., & Irigoyen, J. (2005). Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica. *Cuadernos de Medicina Forense*, 11(42), 275–285. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062005000400005>
- Griffith, E. (1998). Ethics in forensic psychiatry: a cultural response to Stone and Appelbaum. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 26(2), 171.
- Hernández-Arguedas, F. (2015). La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista

- médico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 83–97.
- Holmes, D. (2005). Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00007.x>
- INAP, & CESC. (2007). Evaluación de la población de imputados y condenados con problemas de salud mental. Santiago, Chile: Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile.
- INE. (2018). *Compendio Estadístico 2018*. Santiago, Chile: Dirección Nacional, Departamento de Comunicaciones, Subdepartamento de Publicaciones y Ediciones. Recuperado de <https://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2018/bookcompendio2018.pdf?sfvrsn=5>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2014). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile. Recuperado de [http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/639/Estudio general?sequence=4](http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/639/Estudio%20general?sequence=4)
- Kirmayer, L. J., Tait, C. L., & Simpson, C. (2009). The Mental health of aboriginal peoples in Canada: Transformations of identity and community. *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, 45(7), 3–35. <https://doi.org/10.2307/2077147>
- Lolas, F. (2006). Ethics in psychiatry: a framework. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 185–187. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17139356><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1636115>
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 511–520.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00521.x>

Mental Health Coordinating Council. (2018). MHCC Recovery Oriented Language Guide (2nd ed.), Rozelle, NSW: Mental Health Coordinating Council. Recuperado de http://www.mhcc.org.au/wp-content/uploads/2019/08/Recovery-Oriented-Language-Guide_2019ed_v1_20190809-Web.pdf

Minjus. (2012). *Aprueba convenio de colaboración entre Ministerio de Justicia y de Salud. Crea Comisión Nacional de Psiquiatría Forense*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1046501>

Minjus, & Minsal. (2008). *Modelo de gestión de unidades de psiquiatría forense transitoria*. Santiago, Chile: Ministerio de Justicia, División Defensa Social; Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Minjus, & SML. (2014). Aprueba actualización del texto sobre guía normativa técnica pericial de salud mental en las áreas de psiquiatría, psicología y trabajo social médico legal, 17–20. Recuperado de https://ciperchile.cl/pdfs/2016/08/peritos/RES-8083-EXENTA_08-SEP-2015-SML.pdf

Minsal. (2015, Agosto). Ventajas, desventajas y desafíos del trabajo intersectorial. *Primer Macrozonal Psiquiatría Forense Arica 2015*. Charla presentada en Macrozonal Psiquiatría Forense Arica 2015, Arica, Chile.

Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLoS ONE*, 8(7), 4–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069109>

Mundt, A. P., Chow, W. S., Arduino, M., Barrionuevo, H., Fritsch, R., Giralá, N., Priebe, S. (2015). Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990. Does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 72(2), 112–118.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2433>

Niveau, G., & Welle, I. (2018). Forensic psychiatry, one subspecialty with two ethics? A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0266-5>

Norko, M. A. (2005). Commentary: compassion at the core of forensic ethics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(3), 386–389. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16186205>

ONU. (2007a). Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/61/611)]. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=617>

ONU. (2007b). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

ONU. (2015). Guidelines on article 14 of the convention on the Rights of persons with Disabilities. Ginebra. Recuperado de <https://n9.cl/3r9>

ONU. (2016). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile, 1–10. Recuperado de http://acnudh.org/wp-content/uploads/2016/04/CRPD_C_CHL_CO_1_23679_S.pdf

Ortiz, V. (2012). *Historia de la Psiquiatría Forense 2012* [Presentación PowerPoint]. Recuperado de <https://studylib.es/doc/5338382/historia-de-la-psiquiatria-forense-en-chile>

Parra, C. G. (2016). El otro como objeto: biopolítica, transpolítica y diagnóstico. *Iustitia*, 14, 163–180. <https://doi.org/10.15332/iust.v0i14.1690>

Prins, H. (2005). Mental disorder and violent crime: A problematic relationship. *Probation Journal*, 52(4), 333–357. <https://doi.org/10.1177/0264550505058033>

Reich, W. T. (1978). *Encyclopedia of bioethics*, 4 (xxxix), 1933. Recuperado de

<https://www.worldcat.org/title/encyclopedia-of-bioethics/oclc/4478888>

- Richards, V. (2018). The importance of language in mental health care. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 460–461. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30042-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30042-7)
- Rosner, R. (2003). A conceptual framework for forensic psychiatry. In Rosner, R. (Ed), *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (3–6). Londres: Arnold.
- Roudinesco, E. (1996). *Pensar la locura. Ensayos Sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Salinas, A. (2015). Biopolítica. Sinopsis de un concepto. *HYBRIS: Revista de Filosofía*, 6(2), 101–137. <https://doi.org/10.5281/zenodo.34273>
- Senado. (2008). *Informe de la constitución, legislación, justicia y reglamento, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el Código Procesal Penal y otros cuerpos legales en lo relativo al procedimiento y ejecución de medidas de seguridad*. Valparaíso, Chile: Cámara de Diputados de Chile. Rescatado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=5457&prmBoletin=5078-07
- Servicio de Salud Arica. (2015a). Informe Diseño, avances y desafíos de la Psiquiatría Forense en Chile Actores y Constructores del *Primer Macrozonal Norte de Psiquiatría Forense*, Arica, Chile: Servicio de Salud Arica, Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
- Servicio de Salud Arica. (2015b). Informe final Primer macrozonal psiquiatría forense Arica 2015 del *Primer Macrozonal Norte de Psiquiatría Forense*, Arica, Chile: Servicio de Salud Arica, Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
- Servicio de Salud Arica. (2015). Conclusiones del *Primer Macrozonal Norte de Psiquiatría Forense*, Arica, Chile: Servicio de Salud Arica, Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
- Taborda, J., Abdalla-Filho, E., & Garrafa, V. (2007). Ethics in forensic psychiatry publishing.

- Curr Opin Psychiatry*, 20, 507–510.
- Taylor, P. J., & Gunn, J. C. (1993). Forensic psychiatry: clinical, legal, and ethical issues, (xxxiii), 1151. Recuperado de <https://n9.cl/itv0>
- Torrey, E. F. (1995). Jails and prisons--America's new mental hospitals. *American Journal of Public Health*, 85(12), 1611–1613. <https://doi.org/10.2105/AJPH.85.12.1611>
- Travis, J. & Petersilia, J. (2001). Reentry Reconsidered A new look at an old question. *Sage Publications*, 47(1), 35–51.
- VanDercar, A. H., & Resnick, P. J. (2018). The Insanity Defense: Historical Precedent and Modern Application. *Psychiatric Annals*, 48(2), 95–101.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20180105-01>
- Varley, M. (2008). Phrenology and the Insanity Defence: Medical Jurisprudence in the McNaughtan Trial. Recuperado de
<https://pdfs.semanticscholar.org/9150/979cd52efe87c355585b2e748ca851056f1e.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51–61. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>
- Walmsley, R. (2018). World Prison Population List. *World Prison Brief*, 1–19.
- Williams, J. R. (2015). Medical Ethics Manual. Recuperado de
https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf
- Zúñiga, P. L. (2010). A cárcel enferma: consecuencias. Programa de Seguridad Ciudadana Serie de Documentos Electrónicos Flacso Chile. Recuperado de
<http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/La-carcel-enferma.-Consecuencias-para-reclusos-y-vigilantes.pdf>