

Capítulo 3

El surgimiento de los manicomios judiciales en Brasil y Colombia

La breve descripción histórica que se ofrece a continuación no pretende tener un carácter exhaustivo, ni agotar la compleja historia de la aparición de los manicomios en Brasil y Colombia. Sólo se limita a señalar, muy rápidamente y a grandes rasgos, algunos aspectos significativos de la relación entre la psiquiatría y el derecho que posibilitaron la aparición de esos dispositivos institucionales. Cabe destacar, dada la desproporción existente entre la información relativa al proceso en Brasil y la correspondiente a Colombia, que este trabajo no se instala en una lógica de análisis comparativo.

El surgimiento de los manicomios judiciales en Brasil

Así como en la Europa pre-moderna, en Brasil no existió un tratamiento institucional particular para la locura en la época colonial. Los locos vagaban libremente o permanecían ocultos por sus familias. Las Santas Casas de Misericordia recibían a enfermos, pobres y mendigos, pero no a los locos. Ocasionalmente, cuando estos últimos presentaban comportamientos violentos o indecorosos eran llevados a la cárcel por un corto período de tiempo.

La mudanza de la Corte Imperial para Brasil, en el año de 1808, provocó también un cambio en la estructura económica nacional. La economía agraria comienza a perder espacio frente al comercio y la incipiente industrialización. Junto a esa modernización de las relaciones productivas, toman impulso diversas ciencias: entre ellas la psiquiatría.

En esa época se destaca la creación, en 1830, de una comisión de la Sociedad de Medicina de Río de Janeiro que se impuso como meta diagnosticar la situación de los locos en la ciudad. La supuesta peligrosidad de esa población justificaría la intervención, así como la creación de asilos especiales para su reclusión –propósito último de esa iniciativa.

La referencia teórica, que en ese momento valida esa iniciativa institucional, es principalmente la definición de monomanía de Esquirol, que ya comenzaba a ser criticada y amenazada por la noción de degeneración. Ambas están de acuerdo, a pesar de sus diferencias, con la necesidad de institucionalización y tratamiento particular de la locura en función de su peligrosidad.

Por otro lado, otras voces acompañan esa inquietud, justificando la necesidad de la creación de asilos a partir de un discurso piadoso que defendía un tratamiento más humano para los locos, convergiendo así, según Machado (1978): los discursos asistencialistas de control social en una misma dirección institucional.

El Código Criminal del Imperio sancionado en 1830, influenciado por principios iluministas, consideraba como no imputables a los denominados locos de todo género, excepto en el caso de haber cometido el crimen en un intervalo de lucidez. No aparece aquí una preocupación particular por la diferenciación diagnóstica ni por el posterior tratamiento institucional, ya que los locos infractores podían tanto ser reclusos en establecimientos especiales como mantenidos bajo custodia de la familia.

La creación, primero, del Hospicio Don Pedro II en la ciudad del Río de Janeiro en 1852 y, posteriormente, de instituciones similares en Bahía y San Pablo, preceden a la consolidación de la psiquiatría como la única herramienta teórico-institucional capaz de dar cuenta de esas instituciones. La Iglesia cuidó de los asilos, limitándose a separar a los locos pobres de la familia y la sociedad, con tímidas tentativas de aplicar tratamientos de carácter moral.

La psiquiatría criticaba la inespecificidad de la población asilar y los métodos de tratamiento adoptados. Una de las críticas apuntaba a la mezcla de enfermos tratables con peligrosos crónicos, siendo que estos últimos merecerían un tratamiento institucional particular.

Según Machado, la clasificación exigida por la psiquiatría partía, fundamentalmente, de considerar la peligrosidad de los

sujetos internados, siendo los agitados, los epilépticos, entre otros, algunos de los representantes de esa clase heterogénea. Por eso aparecía como relevante:

[...] crear hospicios, y hospicios de características diferentes: hospicios para curables, para incurables, para los locos que cometen crímenes. Era importante crear una ley que regule la situación del loco en la sociedad (1978 : 477).

En 1886, Teixeira Brandão critica el Código Penal vigente por no especificar el tratamiento aplicado a los locos en general, y la falta de establecimientos especiales para los enfermos mentales infractores. El Código Criminal del Imperio es modificado en 1890. El nuevo código, en su artículo 27, no considera como criminales a los que:

[...] por imbecilidad nativa o enflaquecimiento senil fueron absolutamente incapaces de imputación los que se encontraren en completa privación de sentidos y de inteligencia en el acto de cometer el crimen.

Esta alteración modifica la forma de entender el acto criminal del Código anterior, incluyendo ahora la cuestión de la imputabilidad del agente, sin la cual no podría haber punición. En este nuevo ordenamiento jurídico los niños podían recibir penas de prisión a partir de los nueve años de edad. Al mismo tiempo, se discute la posibilidad de detectar la peligrosidad de los sujetos a partir del primer año de vida, a través de indicadores funcionales morfológicos y/o psíquicos.

La caracterización de locos de todo género que aparecía en el ordenamiento jurídico anterior comienza a parecer aquí excesivamente amplia. La cuestión de la consideración de la peligrosidad como elemento central del análisis del loco infractor comienza a ganar espacio entre médicos y juristas.

Por otra parte, la ampliación de las patologías, que permitirían determinar la inimputabilidad penal del infractor a la ley, preocupa a algunos juristas, que veían en ellas, según Carrara (1998), la posibilidad de que fueran absueltos todos los tipos de crímenes y criminales.

También en 1890 acontece la separación del Hospicio Don Pedro II de la Santa Casa de Misericórdia, llamándose ahora Hospicio Nacional de Alienados, bajo la dirección del profesor titular de psiquiatría João Teixeira Brandão. Con esa separación, el poder psiquiátrico gana espacio en lo que hace a la capacidad de determinar quién debía ingresar y permanecer en los asilos. Hasta entonces, esa tarea era prerrogativa del juez, de las autoridades de la Santa Casa o del jefe de policía, siendo que las internaciones también podían ser hechas por pedido de los familiares del sujeto.

Esa conquista institucional permite redoblar la presión para la creación de un establecimiento institucional especial para los locos criminales, ya exigida en 1870 y nuevamente puesta en discusión en 1896, a partir de un crimen cometido por un supuesto loco criminal: el cabo Custódio.

Custódio Serrão, sintiéndose perseguido, asesinó a tiros un funcionario judicial, hecho que la prensa de la época destacó enfatizando la falta de motivos del crimen y la peligrosidad del autor, sindicado inmediatamente de monomaniaco. Lo curioso de ese caso es que el acusado siempre reivindicó su culpabilidad y el derecho de ser tratado como responsable por su acto, a pesar de la opinión de psiquiatras y jueces.

Carrara destaca algunos de los argumentos de la época, que justificaban la creación de los manicomios judiciales:

El abultado número de alienados criminales y condenados alienados remitidos en estos últimos tiempos al Hospicio Nacional, por orden de la autoridad superior, nos obliga a solicitar providencias del poder público en el sentido de obstar la continuación de esta práctica y aprobar las medidas necesarias para la reclusión y tratamiento de estos enfermos (Brandão, citado por Carrara, 1998 : 84).

También, como en Francia, esa demanda llega junto a un cambio en las formas de comprensión y encuadramiento patológico de la población en cuestión. El delirio no era ya un factor único, ni siquiera importante en el diagnóstico, siendo que éste último recae cada vez más en el análisis del propio comportamiento criminal, permitiendo ampliar las figuras clínicas con la incorporación de locos morales, criminales natos, etc. Todo bajo el enfoque teórico de la degeneración y algunas influencias de las teorías de Lombroso.

En 1903 se promulga el decreto No. 1132 de Ley de Asistencia a Alienados, que permite recluir en establecimientos adecuados a aquellos que, por molestia mental adquirida o congénita, comprometiesen el orden público. Nuevamente, el propósito legal, de control social, determina y permite la intervención terapéutica.

La creación de la sección Lombroso en el Hospicio Nacional responde a la exigencia de los artículos 10 y 11 de la misma ley, que prohibía mantener alienados en las cárceles, debiendo estos ser encaminados a establecimientos especiales; en caso de que no existiesen, “[...] podrán permanecer en asilos públicos, en los pabellones que especialmente se les reserven”.²

Entre esos alienados, los denominados *locos morales* o *locos lúcidos* representaban un grave problema para médicos y enfermeros, por causa de su resistencia al tratamiento y mal comportamiento. Sobre esa población, poco específica, será redoblada la demanda posterior de creación de los manicomios judiciales.

Con base en un entendimiento psicopatológico más actual, que utiliza la noción de psicopatía como referencia, Carrara (1998) muestra, a partir de la cita de un texto utilizado para entrenamiento de enfermeros, como esa figura del loco lúcido representa una complicación para la lógica institucional manicomial:

Las personalidades psicopáticas constituyen un grave problema para el hospital, dadas sus perversiones, irregularidades, falta de sentido moral, tendencia a la mentira y múltiples desórdenes de conducta. Son pacientes indisciplinados, agresivos e insaciables (1998 : 42).

Para Tourinho (1997), la gestión de Oswaldo Cruz al frente de la Salud Pública contribuyó a consolidar esos objetivos generales de “higiene social”, objetivos que la afirmación del poder psiquiátrico ponía en relación con la locura.

El Decreto 8834 del año 1911 crea las colonias agrícolas como estrategia diferenciada de tratamiento a los locos. Ese tipo de establecimiento no recibía locos criminales, pero reflejaba la exigencia de los alienistas de diversificar el tratamiento institucional a esa población. Fruto de ese proceso de diversificación y de las presiones particulares, en ese sentido, es inaugurado finalmente,

2 Brasil, Decreto 1132 del 22 de diciembre de 1903, artículo 11.

en 1920, el primer asilo criminal del país en los fondos de la Casa de Corrección de Río de Janeiro, cuyo funcionamiento fue reglamentado por la ley de 1922 –Actos del Poder Ejecutivo, mayo-agosto de 1922– que determinó:

[...] una dependencia de la asistencia a alienados del Distrito Federal destinada a la internación:

1. De los condenados que, hallándose recogidos a las prisiones federales, presenten síntomas de locura.
2. De los acusados que por la misma razón deban ser sometidos a la observación especial y tratamiento.
3. De los delincuentes exentos de responsabilidad por motivo de afección mental cuando, a criterio del juez, así exija la seguridad pública.

Ese avance de las reivindicaciones institucionales de la psiquiatría en Brasil acontece junto con la afirmación, en algunos países de Europa, de determinadas tendencias que, basadas en teorías racistas y xenófobas, intentan dar un enfoque científico a las políticas de segregación y exclusión social de determinados sectores. En 1923, y como consecuencia de ese momento histórico, se crea la Liga Brasileña de Higiene Mental.

Los Decretos 5148-A de 1927 y 24559 de 1934 implican un cambio en la caracterización de la población psiquiátrica, entendida ahora como psicópatas y no más como alienados. Esos decretos mantienen en general los criterios del anterior, de 1903, sobre el derecho del Estado de recluir a los portadores de enfermedad mental en establecimientos especiales con base en su peligrosidad. Con relación a los manicomios judiciales, ese decreto especifica el cuadro de personal que ellos deben poseer, siempre bajo la dirección de un médico psiquiatra.

Esa designación diagnóstica de psicopatía no cambia la composición de la población institucional de los manicomios judiciales ni la forma de tratamiento. Carrara (1998) destaca el paralelo que el director de la Sección Lombroso del Hospicio Nacional establecía entre los psicópatas y figuras clínicas anteriores como ciegos morales, locos lúcidos, perversos instintivos o desequilibrados insociables de internaciones continuas.

El decreto de 1934 muestra una mayor influencia de la Liga Brasileña de Higiene Mental en la exigencia de ampliar las acciones con relación a la higiene y profilaxis de los psicópatas en todas las esferas de la vida social. La cuestión de la peligrosidad del enfermo mental gana más espacio, siendo que prácticamente cualquier persona podía solicitar la internación de un sujeto, precisando apenas que un médico declarase su condición de peligroso presumible o evidente. La cesación de esa condición era el criterio utilizado para la concesión de las altas.

Cabe destacar que la República en Brasil nació bajo el signo ideológico del positivismo, lo que facilitó también la entrada de las ideas racistas y elitistas que ya se afirmaban en el pensamiento político y en los textos legales y científicos de muchos países de Europa.

En 1940 se sanciona el nuevo *Código Penal*, fruto de las críticas que el anterior había suscitado por su carácter liberal –intolerable para el orden socio-jurídico que el positivismo defendía– y que habían provocado también otros proyectos de reforma como los de Galdino Siqueira en 1913, Sá Pereira en 1935 y Alcántara Machado en 1938.

Ese Código de 1940 es heredero directo del *Código Rocco* italiano y significó la victoria del derecho penal positivo contra el derecho penal clásico. El *Código Rocco* es, por otra parte, fruto de las reformas realizadas en Italia al proyecto presentado por Ferri en 1921, y cuyo carácter excesivamente positivista y determinista obligó a las modificaciones sucesivas que posibilitaron la sanción final de aquel.

Zaffaroni y Pierángeli destacan las conclusiones que el Ministerio de Justicia italiano produjo en 1974 como síntesis de ese ordenamiento penal:

Las personas no peligrosas y responsables serán castigadas con una única pena; las personas responsables y peligrosas serán sometidas a una pena que, una vez cumplida, será seguida de una medida de seguridad; las personas no responsables y no peligrosas no serán sometidas a cualquier pena; y, finalmente, si fueran no responsables y peligrosas serán sometidas únicamente a medidas de seguridad. (1999 : 213).

A pesar de ese encuadramiento positivista, el Código brasileño, sancionado en 1940, mantenía aún la cuestión del libre albedrío del sujeto infractor a la ley. Pero, en contraposición a ese supuesto,

consideraba que en los casos de locura la conducta criminal estaba motivada por causas bio-psicológicas. La cuestión principal a ser considerada, en el análisis de los criminales sospechosos de ser portadores de enfermedad mental, era su peligrosidad supuesta o potencial. Se inaugura así una concepción dualista del ser humano que se prolonga hasta hoy en los códigos penales brasileños.

Esa ambigüedad representa la disputa existente en la época entre la escuela positivista y la liberal o clásica, presentada también como una disputa entre médicos –acusados de “patólogos del crimen”– y juristas –señalados por los primeros como “metafísicos”.

El criterio de consideración de inimputabilidad de un sujeto infractor destacaba tanto la voluntad como la capacidad de entendimiento del autor. Esa doble consideración permitía que no siempre el enfermo mental pudiese ser definido como inimputable; apenas las causas biológicas –oligofrenia, débiles mentales, por ejemplo– autorizaban ese diagnóstico.

El Código de 1940 incluye también nociones como la de semi-imputables o fronterizos, que intentan encuadrar legalmente una serie de figuras clínico-legales intermediarias entre la salud y la normalidad. Nuevamente, son los denominados locos lúcidos los que provocan esa exigencia clasificatoria, antes satisfecha parcialmente por los diferentes tipos de monomanías.

Según Tourinho (1997), esa separación permite una nueva exigencia de algunos psiquiatras que, como Carrilho, demandaban la separación institucional de los anómalos morales de los simples alienados, debiendo ser construidas Casas de Custodia y Tratamiento para los primeros y reservándose los Manicomios Judiciales exclusivamente a los segundos.

En función de esa compleja relación entre enfermedad mental y crimen, y considerando los criterios de peligrosidad de los autores de delitos portadores de enfermedad mental y las bases bio-psicológicas deterministas de explicación de sus conductas, surge la necesidad de un tratamiento penal especial para esa población.

Para ese fin, son creadas las medidas de seguridad. Su propósito aparece claramente expresado en el texto de la ley:

Art. 77. Cuando la peligrosidad no es presumida por ley, debe ser reconocido peligroso el individuo, si su personalidad y antecedentes, bien como los motivos

y circunstancias del crimen, autorizan la suposición que torne a delinquir.

Art. 78. Se presumen peligrosos aquellos que, en los términos del art. 22, son exentos de pena. Los referidos en el párrafo único del artículo 22 (Tourinho, 1997 : 127).

La aplicación de esas medidas procederá cuando se de la internación del sujeto en un Manicomio Judicial o por el encamiamiento a otras instituciones de custodia o tratamiento, como las Colonias Agrícolas, corrigiendo así lo que era entendido como una falla del código anterior –que no indicaba un encaminamiento institucional específico para esa población. Era posible aun, en el caso de los considerados semi-locos o semi-imputables, la combinación de penas y medidas –las segundas complementando a las primeras.

La influencia de Lombroso y la antropología criminal estaban claramente presentes en ese modelo penal y en sus bases teóricas, principalmente en la cuestión del criterio determinista del análisis de las conductas y en la colocación de la peligrosidad como motivo principal de la acción penal. Por este motivo, las medidas de seguridad podían ser aplicables, según ese texto legal, tanto a responsables como a irresponsables, desde que sean considerados peligrosos. Esa acción penal no estaba dirigida sólo a sancionar al sujeto infractor a la ley, también estaba encaminada, fundamentalmente, a proteger a la sociedad de la amenaza que esos sujetos peligrosos representaban.

Fruto de esa lógica, las medidas de seguridad presentaban, y aún presentan, el problema del tiempo de su duración. La pena común podía ser cuantificada, pero las medidas dependían para su fin de la cesación de la peligrosidad del sujeto, lo que en la práctica permite su extensión indefinida.

Hungría, destacado penalista de la época, define con precisión el concepto de peligrosidad que guió la creación de ese tipo de medidas y del Código en general:

La peligrosidad es una prognosis, un hecho probable (ya que) existe en todo hombre un criminal en potencia, cuya eclosión puede ser favorecida y no necesariamente determinada por condiciones sociales y personales (citado por Tourinho, 1997 : 134).

La peligrosidad del enfermo mental en particular, defendida en el comienzo por la psiquiatría, fue apropiada por el derecho, como muestra el Código de 1940. Esto afirma también una orientación general del entendimiento legal de la época: la punición de personalidades y no de hechos considerados ilegales.

El Código Penal brasileño, sancionado en 1984, a pesar de tener en muchos aspectos un espíritu liberal y progresista, mantiene, con relación a las medidas de seguridad, los mismos criterios de determinación y sanción, teniendo ahora un plazo determinado para la realización periódica de los exámenes de evaluación de peligrosidad, que deben ser hechos como máximo a cada tres años. Esto, en la práctica, no alteró los tiempos excesivos de reclusión de los individuos sujetos a ese tipo de medidas.

Cabe destacar que la cantidad de personas que actualmente cumplen medida de seguridad en Brasil es muy pequeña, comparada con la totalidad de la población penitenciaria de ese país. La población carcelaria brasileña era, hasta junio del 2010, de 494.237 personas, siendo la relación de 258 presos por 100.000 habitantes –considerando aquí a los sujetos que cumplen pena en régimen cerrado, los que están en situación de semilibertad y a los sujetos en cumplimiento de medida de seguridad. Para alojar a esta enorme población carcelaria existen, según datos del Departamento Penitenciario del Ministerio de Justicia brasileño (2010), un total de 1.795 establecimientos penales.

El total de presos que cumplían medida de seguridad en Brasil era, hasta el año 2010, de 3.398, siendo el número real probablemente mayor, ya que no se incluían aquí a los sujetos que esperaban la pericia para determinación de inimputabilidad, y no se realiza en general una actualización de estos datos, según lo constatado por la II Caravana Nacional de Derechos Humanos realizada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la Cámara de Diputados en las principales prisiones de Brasil en el año 2000.

En el Distrito Federal brasileño, según la misma fuente, la población carcelaria era de 8.574 sujetos sin considerar, como en el registro anterior, a los que estaban cumpliendo penas alternativas o prisión domiciliaria. Existían aquí 4 cárceles y una casa del albergado destinadas a recibir a esa población. La relación era de 332 presos por 100.000 habitantes, el segundo mayor índice dentro de la media nacional. En la clasificación por sexo, 8.099 de los presos

eran hombres y 475 mujeres. El Distrito Federal presenta algunas particularidades en la composición de su población penal. Aquí el número de jóvenes infractores a la ley es proporcionalmente elevado en comparación a los otros Estados brasileños, según datos del Ministerio de Justicia (2004). Los sujetos en cumplimiento de medidas de seguridad se concentran en el establecimiento penal la Coméia.

El surgimiento de los manicomios judiciales en Colombia

En Colombia, las primeras tentativas de definir una legislación penal se dan en la época de la Colonia, aproximadamente, entre 1563 y 1810. Entre las varias instituciones encargadas de administrar justicia se mezclaban las laicas y las religiosas, en una cierta tensión y disputas por los espacios. Los principios fundamentales de las leyes se basaban en una casuística bastante simple de aplicación y extremadamente desigual, ya que punía con extremo rigor a los pobres y era muy indulgente con las clases altas.

Con el comienzo de la República, una serie de modificaciones legales apunta a mitigar y humanizar las penas. En 1837 se define un código penal de carácter liberal, ajustado a la época. Aquí aparece ya una preocupación en definir la condición de imputable del sujeto infractor, expresada en su artículo segundo, donde define al delito como “la violación imputable pero no maliciosa de la ley en cuanto el autor no ha violado intencionalmente pero ha podido y debido evitar el acto y se ha expuesto voluntariamente a dicha violación”. El artículo 106 excluía la responsabilidad criminal de dementes y locos, así como la de los niños menores de siete años. Los códigos penales sucesivos oscilan entre posiciones más autoritarias y humanistas, al compás de la situación política del momento.

Una comisión nombrada para la redacción de una reforma a estos cuerpos legales presenta en 1925 un proyecto cuya parte general se inspiraba en Ferri y su escuela italiana, pero contemplaba causales de inimputabilidad y eximía de la aplicación de penas a los dementes. Este proyecto no fue aprobado por el gobierno, que encomendó una nueva propuesta, presentada y aprobada en el año 1936, comenzando a regir en 1938. Con base en el principio de la defensa social, se consideraba al delincuente como dotado de una personalidad antisocial, que permitía establecer su grado de peli-

grosidad. Se diferencia aquí entre penas y medidas de seguridad, siendo las segundas destinadas a quien estuviese alcoholizado o sufre de alguna anomalía psíquica. Agregados posteriores fijan esta noción de peligrosidad en determinadas figuras tales como vagos, alcohólicos y comunistas, entre otros, previendo inclusive la aplicación de medidas de seguridad predelictuales.

Ya a finales de 1990, la sentencia C-425 de 1997 afirma los cambios contenidos en la Constitución de 1991, que se expresarán más tarde en el nuevo código penal del año 2000. Este decreto indica que:

La responsabilidad penal, entonces, se finca en el acto que el hombre realiza con voluntad y no en consideraciones genéricas relativas a tal carácter, a la manera de ser o al temperamento del individuo, criterios estos que sirven de sustento a concepciones peligrosistas perfectamente superadas de conformidad con las cuales quien presente determinadas características o ciertos rasgos de personalidad podría estar predispuesto a delinquir (Colombia, Ley 65 de 1993).

El *Código Penal* colombiano del año 2000 fija un límite para penas y medidas de seguridad –40 y 20 años respectivamente–, colocando un poco de orden y coherencia en una legislación que hasta allí se mostraba arbitraria en ese sentido. El sistema carcelario colombiano se organiza como tal a partir del año 1914, a través de la creación de la Dirección Nacional de Prisiones. El modelo del panóptico se utiliza en algunas prisiones del país, como las de Bogotá, Tunja e Ibagué, entre otras.

En el año 1992 se crea el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), que administra el sistema penal colombiano y cuenta actualmente con 169 establecimientos entre cárceles y penitenciarias.

No fue posible determinar la época en la que en el sistema carcelario colombiano se crean espacios particulares para los infractores a la ley declarados inimputables, aunque por las modificaciones de orientación y contenido del derecho penal en este país, es posible suponer que esto aconteció alrededor de la segunda o tercera década del siglo XIX.

En el campo exclusivamente psiquiátrico, el primer asilo para enfermos mentales aparece en el año 1870 en Cundinamarca,

alojando a locos, mendigos, ancianos, delincuentes y excluidos sociales en general. En 1874 se crea el primer asilo destinado a población femenina.

En 1937 los asilos para la población masculina pasan a llamarse hospitales neuropsiquiátricos, intentando así definir un perfil más clínico, tomando distancia del carácter asilar y benéfico propio del modelo anterior. En la misma época, y de acuerdo a ese perfil organicista, se promueven las neurocirugías, que consistían en la disección del lóbulo prefrontal del cerebro, siendo la primera víctima de esos procedimientos una paciente considerada depresiva o melancólica.

Ospina Martínez (2006) destaca apropiadamente cómo sobre la población psiquiátrica masculina existía un imaginario de peligrosidad, que se expresaba en los criterios diagnósticos y el tratamiento otorgado. En cambio, en la población psiquiátrica femenina, los diagnósticos tenían que ver, en general, con disfunciones o enfermedades de carácter sexual, sin relación con una supuesta peligrosidad de la portadora. Para ambas poblaciones, el tratamiento habitual se basaba en la contención física y terapias organicistas y “de choque”, como el coma insulínico inducido, por ejemplo.

Hasta el año 1992, los espacios institucionales destinados a la población inimputable, infractora a la ley, existieron como anexos en las cárceles comunes. Según González (2010) no existía en estos espacios servicios de salud o cualquier otro tipo de apoyo y cuidados para esta población. La misma autora destaca, a manera de ejemplo, un relato de una coronel de la policía respecto del anexo psiquiátrico de la cárcel de La Picota de Bogotá:

En este lugar no se mantenían a los presos en celdas separadas sino en salones oscuros y demasiado húmedos donde se escuchaban gritos desgarradores, se les daba medicación pero para tenerlos calmados, no era muy diferente a un cuento de terror, así se han escuchado historias escalofriantes de atropellos y descuido a estas personas donde lo último que interesó fue brindarles el debido tratamiento (González, 2010 : 2).

La Defensoría del Pueblo dispuso, en el año 1992, una tutela donde se exigía un tratamiento digno para esta población. La Ley 65 de 1993, en su artículo 24, ordena más tarde la supresión de los

anexos psiquiátricos en las prisiones del país, pasando la responsabilidad del cuidado y tratamiento de los sujetos alojados allí al Ministerio de Salud, y estipulando un plazo máximo de cinco años para incorporar ese tratamiento al Sistema Nacional de Salud. En el año 2001 la Defensoría ratifica esta demanda a través de la resolución número 15, donde se destaca el tiempo transcurrido sin que se hayan producido los cambios institucionales dispuestos, a pesar de los numerosos pedidos realizados al respecto al Ministerio de Salud. Se destaca aquí la situación de debilidad manifiesta de esta población. En la misma época, una demanda de inconstitucionalidad presentada en el año 1993 plantea definir claramente y de acuerdo a las garantías constitucionales vigentes el plazo máximo de internación de los sujetos declarados inimputables.

Entre otros respaldos jurídicos a esta serie de exigencias, cabe destacar el carácter de inviolable que la comisión primera de la Asamblea Constituyente del año 1991 otorgó a la dignidad humana, sosteniendo que esa dignidad se afecta cuando un ser humano es convertido en objeto, por lo que propone prohibir toda forma de degradación, estigmatización o “lavados de cerebro” (Carranza Piña, 2001)

Esta serie de exigencias permiten reglamentar la ley 65 y crear los Comités Interinstitucionales de Evaluación de Inimputables. Estos Comités, constituidos por representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Justicia, del Instituto Nacional de Medicina y Prácticas Forenses, de la Defensoría del Pueblo y del Instituto Nacional Penitenciario, tuvieron el propósito original de asesorar en la elección de los centros de tratamiento posibles de reclusión de esa población, así como de evaluar los tipos de terapias utilizadas y los métodos escogidos para conseguir la reinserción social de los sujetos cumpliendo medidas de seguridad. Ese Comité debía también monitorear la adecuada ejecución de los contratos y convenios celebrados con las clínicas y hospitales que recibirían a los internos, los cuales debían ser relocalizados de acuerdo con su origen y condiciones familiares. También se sugirió la creación de Comités Regionales capaces de acompañar de cerca esos procesos.

En ese nuevo esquema institucional, el lugar del juez cambia substancialmente: su función pasa a ser la de acompañar el tratamiento recibido por los sujetos. Para este fin, recibe informes mensuales del equipo terapéutico, pudiendo aún convocar a los propios sujetos para conocer su opinión al respecto. El juez pasa,

en este cambio de funciones, a garantizar los derechos de las personas que cumplen medidas de seguridad. La Defensoría del Pueblo, que cumple la función jurídica de velar por los derechos de la población, acompaña también esos procesos.

Como complemento de estas políticas, se crean unidades de salud mental en las principales cárceles del país, que tienen como propósito atender a los presos comunes que padezcan alteraciones mentales transitorias, previendo su retorno al espacio carcelario común una vez superada la crisis que originó su tratamiento.

No obstante estos avances institucionales, la Defensoría del Pueblo enunció algunas condiciones para el funcionamiento de este nuevo modelo, entre ellas las relativas al traslado de los sujetos, la exigencia de vínculos familiares de contención como requisito para su salida y la necesidad de profesionales del área del derecho que acompañen la situación legal de esta población, entre otros. Al mismo tiempo, advirtió contra el peligro de que estos espacios terminen substituyendo a los antiguos anexos psiquiátricos, en características y funciones.

De esta forma, el número de personas que cumplían medidas de seguridad en Colombia había caído de forma radical en los últimos años, llegando en el año 2001 –fecha en que se realizó la primera aproximación a esta realidad en este país– a un número aproximado de 270 personas, aunque estos datos sean probablemente muy inferiores a la realidad, pues no fue posible encontrar información actualizada a este respecto.

Así como en Brasil, esta cantidad representa un porcentaje muy pequeño con relación a la totalidad de la población penal colombiana, que aloja a una población total de 81.914 personas, siendo 76.531 hombres y 5.383 mujeres. 56.485 de estos reclusos ya tienen su condena fijada, el resto aguarda sentencia (INPEC, 2010) El porcentaje de hacinamiento, según la misma fuente, es del 29,4%.

La cantidad de sujetos que cumplen medidas de seguridad en Brasil y Colombia no es significativa. Sin embargo, el análisis de los discursos y prácticas institucionales que los determinan y posibilitan resultan de interés, dada la noción de peligrosidad del portador de sufrimiento psíquico –pues, estos discursos y practicas pueden replicarse en otros espacios institucionales.