

Segundo Informe Especial:
**La Atención de las Personas con
Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley
N° INF-01-2015**



Febrero 2015

PRESENTACIÓN.

En setiembre de 2014, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura emitió un primer informe especial sobre la atención a las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, el cual planteó como objetivos determinar el estado de los derechos humanos de esta población durante su ubicación en el CAPEMCOL y en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Asimismo, identificar desde el punto de vista administrativo y legal acerca de los requerimientos para el ingreso de estas personas en ambos centros médicos.

De los informes suministrados por las diferentes autoridades que laboran en el CAPEMCOL, y del análisis y seguimiento realizado por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre este centro médico, se consideró la necesidad de realizar una segunda investigación que planteara como objetivo cuál es la respuesta institucional para atender las necesidades de los usuarios para una adecuada rehabilitación, para la protección de la integridad personal y para garantizar los derechos humanos de estas personas.

Además se propuso efectuar un análisis de los servicios que se brindan en el CAPEMCOL para verificar de qué forma se garantiza el respeto de los derechos humanos. Por otra parte, la investigación realiza una evaluación de los medios de coerción (sujeción) y los procedimientos para su aplicación a las personas privadas de libertad ubicadas en este centro médico. En cuanto a la seguridad que se brinda en el CAPEMCOL se tuvo como objetivo realizar un estudio acerca de las condiciones laborales, el uso de protocolos especiales y la capacitación de este grupo de seguridad.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura realizó este segundo informe de inspección de acuerdo al mandato establecido en la Ley N° 8459, Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas, Crueles, Inhumanos o Degradantes y la Ley N° 8459, Creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Siendo que la puesta en funcionamiento del CAPEMCOL ha implicado para la Caja Costarricense de Seguro Social y para el Ministerio de Justicia y Paz una serie de retos institucionales, normativos y presupuestarios entre otros, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura emite una serie de observaciones y recomendaciones con la finalidad de contribuir con el buen funcionamiento del CAPEMCOL y que el servicio médico, los procesos de rehabilitación, de contención y seguridad, se ejecuten garantizando el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas en condición de vulnerabilidad que se encuentran ahí ubicadas.

Suscriben,

Esteban Vargas Ramírez

Patricia Montero Villalobos

TABLA DE CONTENIDOS.

1. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN Y FACULTADES DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA.	1
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. ANTECEDENTES.	3
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
3. MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL.	7
3.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.	7
3.1.1. ENTREVISTAS.	7
3.1.1.1. Operacionalización de las entrevistas.	7
3.1.2. REVISIÓN DOCUMENTAL.	7
3.1.2.1. Operacionalización de la Revisión Documental.	8
3.1.3. OBSERVACIÓN.	8
3.1.3.1. Operacionalización de la Observación.	8
3.1.4. INSPECCIONES.	9
3.2. MARCO CONCEPTUAL	9
3.2.1. TRASTORNO MENTAL.	10
3.2.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	10
3.2.3. ENFERMEDAD MENTAL	11
3.2.4. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	11
3.2.5. INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO.	11
3.2.6. TRATAMIENTO INVOLUNTARIO.	11
3.2.7. CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD.	12
3.2.8. INTERNAMIENTO PARA OBSERVACIÓN.	12
3.2.9. INTERNAMIENTO COMO MEDIDA CAUTELAR	12
3.2.10. INTERNAMIENTO COMO MEDIDA DE SEGURIDAD CURATIVA.	13
3.2.11. INCIDENTE DE MEDIDA DE SEGURIDAD.	13
3.3. SOBRE EL DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS MALOS TRATOS.	13
4. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INTERNA EN EL CAPEMCOL.	18
4.1. SOBRE LOS SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN CAPEMCOL.	18
4.1.1. PERSONAL MÉDICO.	18
4.1.2. ENFERMERÍA.	19
4.1.3. TRABAJO SOCIAL.	19
4.1.4. PSICOLOGÍA.	19
4.1.5. TERAPIA OCUPACIONAL.	20
4.1.6. SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN DE CAPEMCOL.	20
4.2. CONSIDERACIONES.	21
4.2.1. SOBRE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.	21
4.2.2. SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN DEL CAPEMCOL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.	24

5. SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL DE POLICÍA PENITENCIARIA DE CAPEMCOL.	27
5.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE EL PERSONAL DE LA POLICÍA PENITENCIARIA.	27
5.1.1. CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA POLICÍA PENITENCIARIA.	27
5.1.2. SOBRE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.	28
5.1.3. SOLICITUD DE INFORMACIÓN REALIZADA POR EL MNPT.	28
5.2. CONSIDERACIONES.	29
5.2.1. SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL DE SEGURIDAD DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y PAZ.	29
6. SOBRE EL USO DE MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECIÓN).	32
6.1. MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECIÓN) UTILIZADOS EN CAPEMCOL.	33
6.1.1. ABORDAJE VERBAL.	33
6.1.2. CONTENCIÓN (SUJECIÓN) MANUAL.	33
6.1.3. CONTENCIÓN (SUJECIÓN) MECÁNICA.	33
6.1.4. AISLAMIENTO.	33
6.1.5. SUJECIÓN QUÍMICA (FARMACÉUTICA).	33
6.1.6. CINTURÓN CON ESPOSAS.	33
6.1.7. ASPECTOS GENERALES SOBRE LOS MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECIÓN) EN CAPEMCOL.	34
6.2. REGISTROS DEL USO DE MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECIÓN).	34
6.2.1. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EL USUARIO DURANTE EL AISLAMIENTO.	36
6.3. CONSIDERACIONES.	36
6.3.1. EN RELACIÓN CON LOS REGISTROS DE MEDIOS COERCIÓN (SUJECIÓN).	37
6.3.2. SOBRE EL PROTOCOLO PARA LA EJECUCIÓN DE ÓRDENES DE AISLAMIENTO PARA LA POLICÍA PENITENCIARIA A PERSONAS SIN ALTERACIÓN Y/O ENFERMEDAD MENTAL EN CAPEMCOL.	38
6.3.3. SOBRE OTROS MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECIÓN).	42
7. RECOMENDACIONES.	44
8. BIBLIOGRAFÍA.	47
8.1. LIBROS, MANUALES Y PUBLICACIONES.	47
8.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y JURISPRUDENCIA.	48
8.3. INFORMES DE RESULTADOS.	49
ANEXO N° 1	51

1. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN Y FACULTADES DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, fundamenta su trabajo en la Ley N° 8459, Aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, y en la Ley N° 9204, Ley de Creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y de los Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

La Ley N°9204, específicamente en el artículo 3 indica que el MNPT,

(...) Tendrá competencia en todo el territorio nacional, como un órgano de desconcentración máxima, adscrito administrativamente a la Defensoría de los Habitantes, y con independencia funcional y de criterio.

El Mecanismo Nacional de Prevención realizará su actividad con absoluta independencia y sin interferencia alguna por parte de las autoridades del Estado.

Además, indica en el artículo 5 que en lo referente al Ámbito de Intervención del MNPT, a este Órgano le corresponde,

- a. Examinar periódicamente el trato que reciben las personas privadas de libertad en lugares de detención. Lo anterior con el fin de fortalecer su protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- b. Hacer recomendaciones a las autoridades competentes con el objeto de mejorar el trato y las condiciones de las personas privadas de libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- c. Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación existente o de los proyectos de ley en materia de tortura, con el fin de desempeñar un papel activo en la adecuación de las normas jurídicas emitidas por el Estado Costarricense para el fortalecimiento de la protección de las personas privadas de libertad.

Y en el artículo 6 de dicha Ley refiere al acceso que el MNPT tendrá en los diferentes establecimientos de privación de libertad,

- a. Acceso a toda la información acerca del número de personas privadas de libertad en lugares de detención, así como del número de lugares de detención y su emplazamiento, libros de registro y control y expedientes administrativos de personas detenidas;
- b. Acceso a toda la información relativa al trato de estas personas y a las condiciones de su detención;
- c. Acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios;
- d. Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el Mecanismo Nacional de Prevención considere que pueda facilitar información pertinente;
- e. Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar, ya sea en forma colectiva, personal o en privado.

- f. El derecho a mantener contactos con el Subcomité para la Prevención de la Tortura de Naciones Unidas, enviarle información y reunirse con él.

En consideración a las competencias legales anteriormente indicadas, se plantea la presente investigación.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. Antecedentes.

El 20 de marzo de 2009, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, mediante resolución N° 2009-004555, expediente N° 08-013518-0007-CO, consideró procedente ordenar a la Caja Costarricense de Seguro Social, como autoridad rectora en la administración de los seguros sociales, y por imperativo del artículo 74 de la Constitución Política, crear, poner en funcionamiento y construir un centro de tratamiento psiquiátrico especializado para personas declaradas inimputables o con la imputabilidad disminuida, a las que el sistema penal impone una medida cautelar o de seguridad. También ordenó que este centro estuviera separado del HNP para tratar y atender, de forma adecuada, a quienes padecen una enfermedad mental y no se encuentran sometidos a medida alguna por el sistema judicial.

La Sala Constitucional también ordenó la creación de un cuerpo de Policía Penitenciaria adscrito al Ministerio de Justicia y Paz, para que se encargara de la custodia de los pacientes enfermos mentales con medidas cautelares y de seguridad, señalando que la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental le impone a todos los poderes públicos un deber de coordinación y colaboración intersectorial para la protección de los derechos humanos de las personas enfermas mentales. Además, basa dicha orden en una interpretación de los artículos 51 del Código Penal y 3, inciso b), de la Ley de Creación de la Dirección General de Adaptación Social, señalando que le corresponde al Ministerio de Justicia, a través de dicha Dirección, brindar la custodia a los procesados y sentenciados por el sistema penal.

En atención a esta resolución, las autoridades de la CCSS procedieron a habilitar el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCO), el cual entró en funciones el 29 de julio de 2011. Dicho establecimiento se crea como una dependencia del Hospital Nacional Psiquiátrico, del cual depende administrativamente (presupuesto, alimentación, vestido, medicamentos, etc.), además se dotó de un personal de planta (Psiquiatras, médicos generales, enfermería, asesoría legal, entre otros). Es importante resaltar que el CAPEMCO fue ubicado en un edificio alquilado, una antigua bodega, el cual tiene infraestructura y condiciones materiales limitadas para la ubicación, atención y rehabilitación de las personas usuarias.

Desde el año 2014 el CAPEMCO se encuentra con sobrepoblación, ya que tiene capacidad máxima de 90 camas y se han llegado a ubicar hasta 114 usuarios (26% de sobrepoblación). Esta situación ha afectado los servicios de dicho establecimiento, así como los del Hospital Nacional Psiquiátrico.

De tal razón, el MNPT realizó un Primer Informe Especial sobre la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Dicha investigación tenía como objetivos:

- Determinar el estado actual de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en conflicto con la ley que son ubicadas en el CAPEMCO y en el HNP.
- Identificar desde el punto de vista administrativo y legal qué requiere el CAPEMCO para funcionar adecuadamente, en apego con las obligaciones legales que le competen.

- Identificar los factores determinantes que deben prevalecer para el ingreso, permanencia y egreso de las personas con trastorno mental en conflicto con la ley de los centros de atención correspondientes (CAPEMCOL y HNP).

De conformidad con los resultados y consideraciones de dicho Informe Especial sobre la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura consideró necesaria la adopción de una serie de medidas y acciones, por parte de las diferentes autoridades que brindan atención a esta población.

Por ello planteó una sugerencia ante el Consejo Superior del Poder Judicial:

- Que dicha Autoridad Judicial tome en consideración los hallazgos, resultados y conclusiones que el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura indica en el Informe Especial sobre la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, para efectos del cumplimiento de las directrices y circulares que se emitan a las diferentes dependencias judiciales que conocen materia penal en sus distintas etapas, con la finalidad de mejorar la dinámica de ingreso y egreso de personas del Centro de Atención para Personas en Conflicto con la Ley, en cumplimiento de lo indicado por el Código Procesal Penal.

En segundo lugar, en el marco de las potestades legales que le otorga la Ley N° 9204, Ley de Creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, realizó una serie de Recomendaciones a las autoridades competentes:¹

A la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social:

- Realizar las gestiones pertinentes para determinar a la brevedad posible la definición administrativa del Centro para la Atención de Personas en Conflicto con la Ley, como una Unidad Programática de la Caja Costarricense del Seguro Social.

A la Dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico y a la Jefatura Médica del Centro para la Atención de Personas en Conflicto con la Ley:

- Realizar una revisión de todos los casos de usuarios del CAPEMCOL que no cumplen con los criterios objetivos para permanecer internados por medida cautelar o medida cautelar, e informarlo a las autoridades judiciales correspondientes para que se valore su egreso del establecimiento.

A la Ministra de Justicia y Paz:

- Proceder con las acciones necesarias para la creación de un cuerpo o grupo de policía penitenciaria especial que atienda a las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, en cumplimiento del Voto N° 2009-004555 de la Sala Constitucional.

¹ Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. *Informe Especial sobre la Atención a las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley*. MNPT. Setiembre, 2014. Págs. 20-21.

Las instituciones a las cuales se les realizaron recomendaciones, ya remitieron al MNPT sus informes de cumplimiento. Respecto a cada uno de estos informes, el MNPT está realizando un proceso de seguimiento, análisis y diálogo para que dichas instituciones realicen un cumplimiento total de las recomendaciones.

2.2. Planteamiento del Problema.

Las personas con enfermedad mental en conflicto con la Ley que han sido internadas en el CAPEMCO, tienen al menos una doble condición de vulnerabilidad por su situación de privación de libertad y enfermedad mental, lo que las hace más susceptibles de discriminación y ser víctimas de abusos. Por tal razón, las autoridades del establecimiento deben establecer una serie de salvaguardas para proteger la integridad personal de dichos usuarios, así como brindarles condiciones de vida adecuadas y un plan integral de rehabilitación, acciones que se convierten en tareas impostergables.

Ahora bien, también se es consciente de que trabajar con personas con enfermedad mental es siempre una tarea difícil para todas las categorías de personal implicadas, sea este personal médico, técnico, asistencial, enfermería o de seguridad.

En razón de esta situación, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura considera fundamental investigar e informar sobre las principales razones que afectan la respuesta institucional a las personas con enfermedad mental en conflicto con la ley, en tanto esta responsabilidad actualmente se encuentra a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social, y debe contar con el apoyo del Ministerio de Justicia y Paz.

A ello se suma, que el CAPEMCO ha debido sobrepasar su capacidad de atención a los usuarios, y por ello peligra el respeto y garantía de los derechos de las personas usuarias de sus servicios, lo que requiere de una atención inmediata a esta problemática, en la cual se ubiquen líneas de acción para las autoridades de la CCSS, el MJP y el Poder Judicial.

De conformidad con lo anterior, para efectos de la presente Investigación, el MNPT se ha planteado el siguiente Objetivo General,

- Analizar y evaluar la respuesta institucional que la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Justicia y Paz brindan actualmente en el CAPEMCO para atender las necesidades de las personas usuarias en dicho establecimiento, para su adecuada rehabilitación, proteger su integridad personal, y garantizar sus derechos humanos.

A partir de dicho Objetivo General, se plantean los siguientes Objetivos Específicos,

- Analizar los servicios que se brindan a la población usuaria del CAPEMCO para el respeto y garantía de los derechos humanos concernientes a su privación de libertad.
- Estudiar la respuesta del Ministerio de Justicia y Paz para la creación de una Unidad Especializada de Policía para la custodia de Personas con Enfermedad Mental, y de valorar las condiciones laborales adecuadas de conformidad con sus funciones y responsabilidades.

- Evaluar las medidas de restricción y/o sujeción y los procedimientos para su aplicación a las personas privadas de libertad internas en el CAPEMCOL.

En los siguientes apartados se procede a desarrollar los objetivos planteados.

3. MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL.

3.1. Técnicas de Investigación.

Parte esencial del trabajo investigativo que realiza el MNPT refiere a un proceso de verificación de la información compilada, mediante un proceso de triangulación entre las diversas fuentes.

Para operacionalizar los objetivos planteados para la presente investigación, se utilizan tres técnicas de compilación y verificación de información, las cuales se detallan a continuación:

3.1.1. Entrevistas.

Se entiende a la entrevista² como el procedimiento de recolección de información basado en una interacción entre dos personas o más, a través de la conversación como herramienta principal. Se hace énfasis en la entrevista a profundidad, técnica mediante la cual se obtiene que un individuo transmita oralmente al entrevistador su posición personal sobre una situación. La entrevista se utiliza para conocer opiniones, actitudes ideas o interpretaciones de la persona entrevistada sobre un evento o fenómeno social que “ya pasó” (post festum).

Además, cuando se obtiene información mediante entrevista, se procura que la misma sea corroborada mediante otras entrevistas, en la revisión documental o de registros, o durante el proceso de observación.

3.1.1.1. Operacionalización de las entrevistas.

Para recabar parte esencial de la información que fundamenta esta investigación, el MNPT procedió a realizar una amplia cantidad de entrevistas a todas las categorías de personas que trabajan el CAPEMCOI, así como a las personas usuarias de dicho establecimiento.

- Se entrevistó de forma privada a una muestra del 10% de los usuarios del CAPEMCOI.
- Se entrevistó a la Jefatura Médica del CAPEMCOI.
- Se entrevistó de forma grupal e individual a 25 funcionarios y funcionarias de la policía penitenciaria que labora en el CAPEMCOI. Se entrevistó al Coordinador de la Sección de Capacitación a la Policía Penitenciaria, de la Escuela de Capacitación Penitenciaria del MJP.
- Se entrevistó 5 personas del personal de enfermería del CAPEMCOI.
- Se entrevistó a la Trabajadora Social del CAPEMCOI.
- Se entrevistó a 1 funcionario del personal de Psicología.
- Se entrevistó a los 2 funcionarios del personal de Terapia Ocupacional del CAPEMCOI.
- Se entrevistó a la Asesora Legal del CAPEMCOI.
- Se entrevistó al Administrador del CAPEMCOI.

3.1.2. Revisión documental.

² Cfr. Abarca Rodríguez, Allan, *et. ál. Técnicas Cualitativas de Investigación*. 1era Edición. Editorial UCR. San José, Costa Rica, 2013. Págs. 100-101.

La revisión documental³ consiste en detectar, obtener, consultar y extraer información documental y bibliográfica relacionada con el tema de estudio. Para conseguir resultados provechosos es importante realizar una revisión selectiva de las fuentes de información disponibles, debido a que para ciertos temas puede haber una gran cantidad de antecedentes. Esta labor de filtración puede basarse en tres criterios: la importancia de la fuente para el caso (identificar los materiales que aportan hallazgos más trascendentales), la fecha de publicación (privilegiar los más recientes) y la relación con el problema de investigación (buscar los que tengan relación más directa).

3.1.2.1. *Operacionalización de la Revisión Documental.*

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se procedió a realizar la revisión documental de la siguiente forma:

- Expedientes clínicos de los usuarios. Se escogió al azar una serie de expedientes correspondientes a la 10% de la población interna del CAPEMCOL. Se consideró a la población usuaria con Medida Cautelar de Internamiento y con Medida de Seguridad Curativa.
- Expedientes judiciales de los usuarios. Se escogió al azar una serie de expedientes correspondientes al 10% de la población interna. Se consideró a la población usuaria con Medida Cautelar de Internamiento y con Medida de Seguridad Curativa.
- Registros de la policía penitenciaria (Informes semanales, Reportes, Libro de Novedades, etc.)
- Registros del personal de salud del establecimiento de los Departamentos de Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Asesoría Legal.

3.1.3. Observación.

La observación⁴ es un instrumento que facilita el acceso al conocimiento cultural de un grupo a partir del registro de las acciones personales del ambiente cotidiano.

- Se basa en lo que se percibe mediante los sentidos, lo que la diferencia de la investigación documental, la entrevista o los cuestionarios, donde se recopila la “visión” que tiene alguien más de un fenómeno.
- Se basa en el estudio de determinadas situaciones en “su contexto natural” a diferencia de otras técnicas como la experimentación o la entrevista, que crean un marco artificial para la recolección de información.
- Estudia los hechos actuales, es decir, no es posible estudiar los hechos del pasado por medio de esta técnica.

3.1.3.1. *Operacionalización de la Observación.*

El personal del MNPT procedió a realizar las siguientes acciones de observación durante la investigación en el CAPEMCOL:

³ *Ibíd.* Pág. 46

⁴ *Ibíd.* Pág. 76.

- Observación de las condiciones materiales del CAPEMCOL, entre las cuales se incluye sobrepoblación y alojamiento, alimentación, ventilación e iluminación, instalaciones sanitarias, ropa y cama, entre otros.
- Observación de las condiciones laborales del personal de la policía penitenciaria, entre las cuales se incluye dormitorios, ropa y cama, cocina, comedor y alimentación.
- Observación de la dinámica convivencial del establecimiento entre las personas usuarias, y entre el personal de la CCSS y el personal del MJP.
- Observación de las personas usuarias mientras se encontraban sometidas a Medios de Coerción (Sujeción)

3.1.4. Inspecciones.

Para llevar adelante los objetivos planteados para la presente investigación, y con la finalidad de operacionalizar las técnicas de investigación establecidas se realizaron nueve visitas al CAPEMCOL. A continuación se detallan las visitas realizadas y el enfoque que se le dio a cada una de ellas.

- 13 de octubre de 2014. Entrevistas al personal de Policía Penitenciaria que labora en el CAPEMCOL. Entrevista con el Jefe Médico del CAPEMCOL. Inspección de los Dormitorios del Personal de la Policía Penitenciaria. Inspección de los cuartos de aislamiento.
- 23 de octubre de 2014. Entrevistas al personal de Enfermería que labora en el CAPEMCOL.
- 27 de octubre de 2014. Entrevistas al personal de Enfermería que labora en el CAPEMCOL.
- 3 de noviembre de 2014. Entrevista a la Asesoría Legal del CAPEMCOL.
- 11 de noviembre de 2014. Entrevista al personal de Trabajo Social del CAPEMCOL; revisión de expedientes de salud de los usuarios del CAPEMCOL.
- 17 de noviembre de 2014. Entrevista al personal de Psicología del CAPEMCOL.
- 25 de noviembre de 2014. Entrevista al Personal de Terapia Ocupacional de CAPEMCOL. Inspección de diversas áreas comunes para los usuarios del CAPEMCOL. Revisión de expedientes judiciales de los usuarios del CAPEMCOL.
- 4 de diciembre de 2014. Entrevista a los usuarios del CAPEMCOL.
- 12 de enero de 2015. Inspección de los Dormitorios y la Cocina del Personal de la Policía Penitenciaria en acompañamiento de la Arquitecta de la Defensoría de los Habitantes. Revisión documental de Registros de varios Departamentos.

3.2. Marco Conceptual

Dentro de la comunidad científica existen una serie de diferencias respecto a cuáles son los términos y conceptos correctos, al momento de referirse a las afecciones de la Salud Mental, es decir, entre Trastorno Mental, Enfermedad Mental, Trastorno de la Personalidad, Discapacidad Cognitiva, entre otros. Para efectos de la presente investigación el MNPT no se plantea un posicionamiento respecto a cuál o cuáles son los términos correctos, si no que únicamente procede a brindar definiciones de los conceptos que son utilizados en el marco de la atención a las personas usuarias del CAPEMCOL.

3.2.1. Trastorno Mental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁵ la mayoría de documentos clínicos internacionales evitan usar el término “enfermedad mental” y prefieren utilizar el término “trastorno mental”, por ejemplo, *Clasificación de Trastornos Mentales y de Conducta: Descripciones Clínicas y Guías de Diagnóstico (CIE-10)*.

En este sentido “Trastorno” no es término exacto, pero se usa para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con un malestar y con la interferencia en el funcionamiento personal. Este concepto incluye una gran gama de cuadros clínicos, desde los más benignos hasta los extremadamente graves. Incluye además, una serie de cuadros que pueden constituir el objetivo de la legislación de salud mental, por ejemplo, el retardo mental.⁶

3.2.2. Trastorno de Personalidad.

Las dimensiones de personalidad normales representan pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo y con uno mismo, y se manifiestan en un amplio abanico de situaciones cotidianas importantes desde una perspectiva personal y social.

Los trastornos de personalidad,⁷ por el contrario, corresponden con pautas inflexibles y no adaptativas y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) y a un aumento en el malestar subjetivo. Las dificultades de adaptación social son probablemente las más definitorias de este tipo de trastornos. Son pautas de conductas crónicas, nocivas y desadaptadas, que se manifiestan de forma rígida e impiden el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas.

Hay tres características que diferencian a las personalidades normales de los trastornos de la personalidad:

- a) La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.
- b) La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social.
- c) La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

Los trastornos de personalidad aparecen en personas psíquicamente normales, que razonan bien y con un sentido claro de la realidad. No son propiamente enfermedades mentales, como las neurosis o las psicosis. Se diferencian básicamente en cuatro aspectos:

- a) Son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada.

⁵ Cfr. Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. 2009. Pág. 23

⁶ *Ibíd.* Pág. 28

⁷ Echeburúa, Enrique. *Personalidades Violentas*. Ediciones Pirámide, 2009. Pág. 40-41.

- b) Reflejan alteraciones más globales de la persona y menos circunscritas a unos síntomas concretos.
- c) Son egosintónicos, es decir, no molestan subjetivamente, al menos en la misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.
- d) Son, por todo ello, menos “cambiables”.

3.2.3. Enfermedad Mental

La enfermedad mental⁸ es un término muy amplio que agrupa a varios tipos de trastornos. Se puede definir como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.

Por otro lado, este tipo de enfermedad tiene repercusiones sobre la vida diaria de la persona, dificultando su adaptación al entorno cultural y social en que vive y creando alguna forma de malestar. Las enfermedades mentales se manifiestan en diferentes grados o niveles.

3.2.4. Discapacidad intelectual.

La Discapacidad Intelectual está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa manifestada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.⁹

3.2.5. Internamiento Involuntario.

El internamiento involuntario es la reclusión de una persona con discapacidad mental sin su consentimiento libre e informado, con fundamento en un diagnóstico de discapacidad mental, y frecuentemente unido a criterios tales como “ser un peligro para sí mismo y para otros.”¹⁰

3.2.6. Tratamiento Involuntario.

Es el tratamiento que se aplica a una persona con enfermedad mental, con diagnóstico de enfermedad mental (esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis), que incumple con la

⁸ FEAFES Galicia. *¿Qué es una enfermedad mental?* Federación de Asociaciones de Familiares e Persoas con Enfermedad Mental de Galicia. Consultado en enero 2015. Disponible en: <http://www.feafesgalicia.org/>

⁹ Wehmeyer, Michael L. y otros. *El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano* (The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning). Traducción por Laura Gómez (Instituto Universitario de InRevista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 39 (3), Núm. 227, 2008 Págs. 5-18

¹⁰ Naciones Unidas. *La Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/63/175. Informe Provisional presentado por el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la cuestión de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Consejo de Derechos Humanos. Julio 2008. Párrafo 64.

medicación, y que tiene antecedentes de numerosos ingresos hospitalarios. Un punto importante es que la persona tenga falta de adherencia al tratamiento.¹¹

3.2.7. Condición de vulnerabilidad.

Las Reglas de Brasilia, Sección 2ª, denominada Beneficiarios de las Regla, en su punto 1, Concepto de las personas en situación de vulnerabilidad, establece que se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.

También establecen estas reglas que podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género y la privación de libertad.

Por último, señalan que la concreta determinación de las personas en condición de vulnerabilidad en cada país dependerá de sus características específicas, o incluso de su nivel de desarrollo social y económico.¹²

3.2.8. Internamiento para observación.

El Internamiento para Observación, de conformidad con lo establecido en el artículo 86 del Código Procesal Penal:

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

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

3.2.9. Internamiento como Medida Cautelar

El Internamiento como Medida Cautelar, de conformidad con lo establecido en el artículo 262 del Código Procesal Penal:

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

¹¹ XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. *Protección de las Personas con Enfermedad Mental*. Zaragoza, España. 19 y 20 de junio de 2012

¹² XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. *Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad*. Brasilia, 4 a 6 de marzo de 2008.

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

3.2.10. Internamiento como Medida de Seguridad Curativa.

El Internamiento como Medida de Seguridad Curativa, entendida según la Sala Constitucional como, medios especiales preventivos, privativos o limitativos de bienes jurídicos, impuestos por las autoridades judiciales a aquellas personas que el ordenamiento jurídico penal califica de “inimputables”, con el fin de “readaptarlos” a la vida social, sea con medidas de educación, de corrección o curación. Son medidas de internamiento en centros hospitalarios o centros técnicos especializados en la atención de discapacitados mentales. Suponen la separación la persona de la sociedad, como una medida preventiva en razón de la protección de la misma y como medida “curativa”.¹³ Así regulado por los artículos 97, 98, 101, y 102 del Código Penal, y los artículos 388 al 390 del Código Procesal Penal.

3.2.11. Incidente de Medida de Seguridad.

El Incidente de Medida de Seguridad, de conformidad con lo establecido en el artículo 487 del Código Procesal Penal,

Las reglas establecidas en este Capítulo regirán para las medidas de seguridad en lo que sean aplicables.

El tribunal examinará, periódicamente, la situación de quien sufre una medida. Fijará un plazo no mayor de seis meses entre cada examen, previo informe del establecimiento y de los peritos. La decisión versará sobre la cesación o continuación de la medida y, en este último caso, podrá ordenar la modificación del tratamiento.

Cuando el juez tenga conocimiento, por informe fundado, de que desaparecieron las causas que motivaron la internación, procederá a su sustitución o cancelación.

3.3. Sobre el derecho a la integridad personal y protección contra la tortura y otros malos tratos.

Para efectos de la presente investigación guarda especial importancia analizar los objetivos planteados desde la perspectiva del derecho a la integridad personal, la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

Debe recordarse que el derecho a la integridad personal se encuentra en el núcleo de derechos humanos considerados como derechos fundamentales, es decir, que no pueden ser suspendidos bajo ninguna circunstancia, y su respeto constituye un mínimo indispensable en el accionar de cualquier actividad. Por eso, el Estado costarricense tiene una responsabilidad especial de garantizar dicho derecho especialmente a aquellas personas que se encuentran

¹³ Cfr. Sala Constitucional. Resolución 02586-93, 8 de junio de 1993. Corte Suprema de Justicia. Costa Rica 1993.

bajo su custodia. Tiene su origen en el respeto a la vida y el sano desarrollo de ésta, es decir, el ser humano tiene derecho a mantener y conservar su integridad física, psíquica y moral. En tal sentido se toma la definición establecida por la Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 5:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.
4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.
6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

Ahora, un elemento esencial del derecho a la integridad personal es la absoluta prohibición de la tortura, norma perentoria del derecho internacional que crea obligaciones *erga omnes*, y lo califica como una norma de derecho imperativo. Es importante indicar que las prácticas de tortura están totalmente prohibidas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Para efectos del presente informe se entiende como la Tortura la definición establecida en el artículo 1º de la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura (1984),

(...)todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán tortura los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

Esto implica que para determinar si se está ante un acto de tortura se debe cumplir con los siguientes supuestos: a) Debe existir dolor o sufrimiento físico o mental grave, b) El dolor o sufrimiento debe infligirse para un propósito o razón basada en cualquier tipo de discriminación; c) el dolor o sufrimiento debe ser infligido por instigación o con el consentimiento o aquiescencia (indiferencia, tolerancia) de un funcionario público o una persona que ejerza la función pública.

En cuanto al concepto de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, no existe una definición propiamente dicha en la Convención citada. Doctrinalmente, y con base en un análisis efectuado en relación con lo dispuesto por el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de las observaciones y jurisprudencia del Comité de Derechos

Humanos, se hace una diferencia entre trato cruel e inhumano y trato degradante. Se ha indicado que los *tratos crueles e inhumanos*,

(...) incluyen todas las formas de sufrimientos graves impuestos a una persona que no puedan considerarse como tortura a falta de uno de los elementos característicos de la tortura (identificados en la definición del artículo 1 de la Convención contra la Tortura)(...) también abarcan las prácticas que infligen un sufrimiento que no alcanza la intensidad necesaria para considerarlas como tortura.¹⁴

Por otro lado, y en relación con la definición de *trato degradante*,

(...) tiene lugar un trato degradante cuando la víctima es sometida a un trato especialmente humillante (...) el trato degradante parece ser el que implica el menor grado de sufrimiento. Lo que se considera ante todo es la propia humillación o la afrenta a la dignidad de la víctima, 'independientemente de que la humillación lo sea a ojos de terceras personas o a los de la propia víctima', de modo que puede tenerse en cuenta el aspecto subjetivo tanto como el objetivo.¹⁵

Ahora, efectuar un análisis de casos específicos tomando en consideración a la víctima y su afectación, es fundamental a la hora de emitir conclusiones en el sentido de si la víctima fue sujeta de actos de tortura o malos tratos. La diferencia en la gravedad de los actos es relativa y depende de todas "*las circunstancias del caso, tales como la duración de los tratos, sus efectos físicos y mentales y, en algunos casos, el sexo, edad y estado de salud de víctima.*"¹⁶ Es decir,

(...) dependiendo de la intensidad de las mismas, su duración y las características personales de quien las sufre (...) pueden causar sufrimientos de una intensidad que exceda el límite inevitable del sufrimiento que acarrea la detención y (...) conllevan sentimientos de humillación e inferioridad, en clara violación al artículo 5 de la Corte Americana de Derechos Humanos.¹⁷ (Destacado propio).

Esto implica que para determinar si un hecho se constituye en un trato cruel, inhumano o degradante, su categorización no depende del accionar del sujeto activo, sino de las características particulares del sujeto receptor del acto, y de lo que este acto implique y las consecuencias específicas que tengan para la persona.

Es decir, la vulnerabilidad particular de la víctima puede ser el factor agravante que convierta el trato, que en otras circunstancias hubiera sido calificado como cruel, inhumano o degradante, en tortura. La Corte Interamericana ha señalado que la distinción entre tortura y

¹⁴ Joseph, Sara y otras. *Cómo hacer valer los derechos de las víctimas de la tortura: un manual sobre los procedimientos de presentación de denuncias individuales ante los órganos de Tratados de las Naciones Unidas*. Serie de Manuales de la OMCT, Vol. 4, Editor de la Serie: Boris Wijkström, 2006. Págs. 170-171

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los hermanos Gómez Paquiayauri Vs. Perú*. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C N° 110. Párrafo 113.

¹⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006, Serie C 150. Párrafo 97

otros actos prohibidos no es rígida sino que evoluciona a la luz de las demandas crecientes de protección de los derechos y las libertades fundamentales. En consecuencia, un acto que en el pasado pudo haberse considerado una pena o trato cruel, inhumano o degradante puede constituir tortura en el futuro.

La Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), señalaron con respecto a este punto que,

El elemento sustancial es la generación intencional de penas o sufrimientos o de métodos diseñados para anular la personalidad o la víctima o disminuir sus capacidades. Para determinar qué actos constituyen tortura, la Comisión y la Corte han tomado en cuenta tanto elementos objetivos, tales como el período de tiempo durante el cual se infligió la pena o el sufrimiento, el método utilizado para producir dolor, el fin, las circunstancias socio-políticas generales y la arbitrariedad, o algo similar, de la privación de libertad, así como también elementos subjetivos como, por ejemplo, la edad, el sexo y la vulnerabilidad particular de la víctima.¹⁸

Por esta razón toma especial importancia, que quienes son sujetos de derechos son personas detenidas con medidas de internamiento o medidas de seguridad que han sido remitidos a un centro de trastornos mentales, y que podrían no tener ningún trastorno mental, esto debido a que han hecho prevalecer criterios jurídicos y de oportunidad, sobre criterios médicos y de salud.

Otro aspecto que el MNP quiere reiterar, es que la Comisión y Corte Interamericanas, han planteado que una serie de situaciones si ocurren de forma continuada pueden tener un *efecto o impacto acumulativo* desde la perspectiva de las condiciones de reclusión,¹⁹ en tanto las mismas son violatorias de los derechos de las personas.

Es decir, una serie de situaciones combinadas en el tiempo de *impacto acumulativo*, aunado a la *vulnerabilidad de la víctima del acto*, pueden constituirse en violatorios del derecho a la integridad personal, de conformidad con lo indicado en el artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos. El MNP recuerda que el Estado como garante de los derechos de las personas bajo su custodia, no sólo tiene el deber especial de respetar y garantizar su vida e integridad personal, sino que debe asegurar condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad, y tales condiciones no deberán constituir un factor aflictivo adicional al carácter de por sí punitivo de la privación de la libertad.

¹⁸ Asociación para la Prevención de la Tortura y otro. *La Tortura en el derecho internacional*. Guía de Jurisprudencia, 2008. Pág. 98

¹⁹ Cfr. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc 64. 31 de diciembre de 2011. Párrafo 434. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha desarrollado una amplia jurisprudencia desde la visión del impacto y efecto acumulativo. Por ejemplo Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Boyce et al. Vs. Barbados. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 169.

Al respecto, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura quiere recordar que una de sus funciones esenciales como órgano de prevención es identificar, informar, y solicitar acciones respecto a aquellas situaciones que se constituyen como riesgos o actos de tortura y malos tratos.

Por ello quiere recordar a las autoridades y personal de la CCSS y del MJP que la comisión de cualquier forma de malos tratos y/o tortura está expresamente prohibida. Al respecto, se recuerda lo dicho por el Sr. Juan E. Méndez, Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes:

De hecho, la obligación del Estado de prohibir la tortura se aplica no solo a funcionarios públicos, como por ejemplo, los encargados de hacer cumplir la ley, sino que también puede aplicarse a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, incluidos los que trabajan en hospitales privados, y en otras instituciones y centros de detención (A/63/175, párr. 51). Como destacó el Comité contra la Tortura, la prohibición de la tortura debe hacerse cumplir en todo tipo de instituciones y los Estados deben ejercer la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar las infracciones cometidas por sujetos privados o agentes no estatales.²⁰

²⁰ Naciones Unidas. *Informe del Relator Especial sobre la tortura, y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes*. Juan Méndez. A/HRC/22/53. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Consejo de Derechos Humanos. Febrero de 2013. Pág. 6.

4. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INTERNA EN EL CAPEMCOL.

Como se indicó al inicio del presente documento, el CAPEMCOL nace en atención a la resolución de la Sala Constitucional N° 04555-2009 que ordenaba a la CCSS la creación de un Centro de Atención a las personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. De igual manera, en esta resolución judicial se le ordenó al Ministerio de Justicia y Paz la creación de un cuerpo especializado que se encargue de la custodia de los usuarios de este establecimiento. Esta es la razón por la cual el CAPEMCOL funciona con personal de dos instituciones.

Actualmente el personal asignado al CAPEMCOL por parte de la CCSS es el siguiente:

- 1 Jefe Médico, Psiquiatra
- 1 Psiquiatra
- 3 Turnos de Médico General
- 1 Psicólogo Clínico
- 1 Psicólogo General
- 1 Trabajadora Social
- 2 Terapeutas Ocupacionales
- 1 Nutricionista
- 1 Supervisión de Enfermería
- 5 Enfermería
- 9 Auxiliares de Enfermería
- 15 Asistentes de Pacientes
- 1 Oficinista de enfermería
- 1 Asesoría Legal
- 1 Administrador General
- 2 Secretarias
- 1 Asistente de redes
- 4 Aseo
- 1 Producción
- 1 Bodega

En el apartado sobre las condicionales laborales de la Policía Penitenciaria se hará referencia a dicho personal.

4.1. Sobre los Servicios que se brindan en CAPEMCOL.

Los usuarios reciben una serie de servicios y son asistidos por diferentes profesionales en CAPEMCOL, a saber:

4.1.1. Personal Médico.

Los Médicos Psiquiatras y Médicos Generales se encargan de brindar la atención en los diferentes turnos, valorar a los pacientes, determinar los tratamientos médicos correspondientes y el plan de atención de salud. En lo referente a la aplicación de medios de coerción (sujeción), este personal es el responsable de valorarlos, avalar el procedimiento y autorizar la aplicación de las medidas.

4.1.2. Enfermería.

El personal de Enfermería es el responsable de preparar y administrar a los usuarios los tratamientos médicos según las instrucciones del profesional médico tratante, y, también, asisten al profesional médico en algunos procedimientos, además de realizar anotaciones en el expediente de salud. El personal Auxiliar de Enfermería asiste a los profesionales médicos en ausencia del personal de enfermería, y están entrenados para hacer anotaciones y procedimientos. Los usuarios son asistidos por los Asistentes de Pacientes en sus actividades cotidianas.

De acuerdo con los diferentes procesos de entrevista que realizó el MNPT, parte de la problemática que afecta al servicio de Enfermería radica en la necesidad de mejorar la coordinación y comunicación entre el personal de este departamento y el personal de la Policía Penitenciaria, además, del establecimiento y definición de protocolos de trabajo conjunto.

4.1.3. Trabajo Social.

Los usuarios por medidas de seguridad curativas reciben atención social por parte del Departamento de Trabajo Social del centro, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Entre las labores que este departamento tiene a su cargo, se encuentra la realización de informes sociales de los usuarios. Ello implica la realización de entrevistas a los pacientes, revisión de los expedientes personales (salud, legal, etc.), visitas de campo (entrevista a las familias, comunidad, etc.), trabajos y valoración interdisciplinaria, y la posterior redacción de los informes. Además, se debe dar seguimiento a cada caso, y a las posibles redes de apoyo para los pacientes.

El MNPT constató que de acuerdo con las disposiciones institucionales de la CCSS, a los usuarios con Medidas Cautelares de Internamiento no se les está brindando la atención correspondiente por parte del departamento de Trabajo Social. Al respecto, se hace hincapié en la imperiosa necesidad de fortalecer el recurso humano de este departamento, y que de tal manera, se le brinde adecuada atención en Trabajo Social a toda la población usuaria del CAPEMCO.

4.1.4. Psicología.

Este personal tiene a su cargo el proceso de diagnóstico de los pacientes, su valoración de ingreso, se realiza intervención en crisis y atención a los pacientes que han sido ubicados en aislamiento. Se realizan además procesos de rehabilitación y grupos terapéuticos (farmacodependencia, adherencia al tratamiento, manejo y control de impulsos, conductas sexuales inadecuadas). Además, intervenciones individuales y procesos terapéuticos.

El personal del Psicología también se encarga de preparar los reportes mensuales de Aislamiento, los que desarrollan los siguientes puntos: Cuántos aislamientos se aplicaron a usuarios con medida cautelar y cuántos a usuarios con medida de seguridad; los días de la semana en que se aplicaron; se clasifican los aislamientos de acuerdo con los turnos de trabajo del personal; se registra la cantidad de horas por la que se aplicó cada aislamiento; se registra el nombre del (la) profesional médico (a) que aplicó el aislamiento y del enfermero (a) que lo

avaló. El mismo personal de Psicología indica en los reportes que dichos registros debían mejorarse, por ejemplo con la indicación de hora de inicio y término del aislamiento y con indicación de si la medida requería prórroga y por qué motivo, indicación del nombre del profesional médico que aplica la medida, entre otros.

El MNPT constató en las inspecciones realizadas que el último Reporte de Aislamiento preparado por el Departamento de Psicología era del mes de Abril de 2014.

Otro aspecto que fue informada al MNPT, es que la infraestructura actual no le garantiza al departamento de Psicología, ni a los usuarios, la privacidad necesaria para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, ya que el espacio utilizado se encuentra contiguo a la oficina y el dormitorio del personal de la Policía Penitenciaria.

4.1.5. Terapia Ocupacional.

Los usuarios por medidas cautelares y por medidas de seguridad curativas son abordados por los Profesionales en Terapia Ocupacional. Esta disciplina toma en consideración toda tarea que hace el ser humano cotidianamente, de las diferentes etapas del desarrollo y de acuerdo con el papel que se desempeñe en la sociedad. La Terapia Ocupacional no es obligatoria para los usuarios, ya que si lo fuese perdería su objetivo terapéutico, debido a que lo que busca es desarrollar la autonomía e independencia de la persona, en áreas como autocuidado, vida diaria instrumental, utilización del tiempo libre y trabajo.

En Terapia Ocupacional, en CAPEMCOL se está brindando lavado, reciclaje, educación abierta del MEP, vivero ornamental, actividad física, cuidado de zonas verdes (suspendida al momento de las inspecciones porque las máquinas están fuera de servicio).

Se corroboró que la infraestructura del Centro es una gran limitante, pues no existen condiciones para un taller, para una biblioteca y para un cuarto de vida diaria, entre otras cosas. La otra gran problemática radica en que no se le han asignado al departamento de Terapia Ocupacional los recursos materiales, financieros y humanos para poder cumplir con las tareas que le corresponden. En este sentido, mediante documentación recabada se pudo corroborar que parte de la problemática radica en que el material brindado al CAPEMCOL para Terapia Ocupacional ha sido el mínimo o ninguno, siendo un impedimento para implementación y sostenimiento de los programas de rehabilitación.

4.1.6. Sobre el Modelo de Atención de CAPEMCOL.

Por disposición judicial, las personas con Medidas Cautelares de Internamiento están separadas de las personas con Medidas de Seguridad Curativas, y para ello, se dispuso la construcción de una malla interna. Esto implica que los usuarios con Medidas Cautelares pasan todo el día dentro de las mallas, y no tienen acceso directo a las áreas comunes, al área de comedor, ni al patio de sol, entre otros. Esto implica que no realizan ningún tipo de actividad, o que la actividad diaria programada es mínima, pasan todo el día acostados, sentados o deambulando dentro del módulo. No reciben atención continua mediante una dinámica permanente de rehabilitación psicosocial, sino que su tratamiento, es principalmente farmacológico. Esta aseveración se realiza mediante un amplio proceso de comprobación mediante las entrevistas, la observación y los registros.

Además, como parte de los resultados de las entrevistas, se constató que los usuarios con Medidas Cautelares de Internamiento, reciben menor atención por parte de los servicios del CAPEMCO, así por ejemplo Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

Esta situación además demuestra que la infraestructura actual no es funcional para que un centro de atención a personas con enfermedad mental pueda cumplir adecuadamente sus objetivos, y atender a todas las categorías de población usuarias.

Por otra parte, según informó el personal del establecimiento, parte importante de las personas que ingresan al establecimiento tienen una patología dual, lo que implica que tienen o no una enfermedad mental, y además un problema de consumo de drogas (farmacodependencia) que agrava su situación, o es el factor detonante de crisis. Esto se vuelve más complicado porque el CAPEMCO carece de programa de rehabilitación para drogas y farmacodependencia, y los contactos y coordinación con instituciones que brindan atención a este padecimiento son mínimos.

Otra importante dificultad radica en que la carencia de personal de Policía Penitenciaria, afecta los diferentes servicios por cuanto, invocando razones de seguridad, se limita al personal la realización de las actividades programadas con los usuarios.

4.2. Consideraciones.

En relación con lo indicado anteriormente, el MNPT realiza las siguientes consideraciones.

4.2.1. Sobre las condiciones de infraestructura y la prestación de los servicios.

Durante las inspecciones se corroboró que la infraestructura del CAPEMCO se convierte en una limitante para los procesos de rehabilitación de los usuarios del establecimiento. En primer lugar, es un inmueble arrendado, lo que impide a las autoridades de la CCSS invertir en obras de mejoramiento. Además, labora personal del MJP, institución que al no ser parte del contrato de arrendamiento, no puede disponer de ninguna forma del inmueble tratándose de las condiciones laborales de su personal (sobre esta situación se referirá el apartado N° 5).

En segundo lugar, la disposición de infraestructura del inmueble (que es una bodega industrial) limita las posibilidades de una adecuada separación por categorías de la población usuaria, e irrespeta la privacidad y su espacio personal. Esta afirmación se fundamenta en el hecho de que al ser la bodega una sola estancia sin divisiones de tipo pared alta, cualquier persona puede ser observada en cualquier momento desde cualquier lugar del edificio, inclusive mientras duermen (solo los baños y servicios sanitarios guardan un nivel de privacidad).

Finalmente, la disposición del edificio limita la realización de las actividades y servicios que se le brinda a la población interna, por ejemplo hora de sol, actividades recreativas, actividades ocupacionales y de rehabilitación, total limitación para el derecho de visita íntima, entre otros.

La ubicación de los usuarios en una bodega, con espacios separados por medias paredes y mallas, de ninguna forma cumple con los estándares mínimos aceptables que garanticen a las personas privadas de libertad adecuadas condiciones de vida. Inclusive, los instrumentos Internacionales de Protección de Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad

parten del hecho de que cada persona será ubicada en cuartos que cuenten con paredes altas, ventanas, adecuada iluminación y ventilación natural y artificial.²¹ El MNPT llama la atención a las autoridades del CAPEMCO y la CCSS para que presten atención a lo indicado en los estándares internacionales,

El CPT también desea dejar claro su apoyo a la tendencia observada en varios países a cerrar dormitorios de amplia capacidad en los establecimientos psiquiátricos; dichas instalaciones son apenas compatibles con las normas de la psiquiatría moderna. La provisión de estructuras de alojamiento basadas en pequeños grupos es un factor crucial para preservar /restaurar la dignidad de los pacientes, y también un elemento clave de cualquier política para la rehabilitación psicológica y social de los pacientes. Las estructuras de este tipo facilitan también la colocación de los pacientes en categorías relevantes para fines terapéuticos.

De forma similar, el CPT promueve el planteamiento, cada vez más adoptado, de permitir a los pacientes tener acceso a sus dormitorios durante el día, en vez de obligarlos a permanecer juntos reunidos con otros pacientes en zonas comunes.²²

Esto implica que el Estado como garante de los derechos de las personas bajo su custodia, no sólo tiene el deber especial de respetar y garantizar su vida e integridad personal, sino que debe asegurar condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad. Estas condiciones no deben constituirse en un valor aflictivo adicional al carácter de por sí punitivo de la privación de libertad.²³ Resulta evidente que la actual infraestructura de CAPEMCO no cumple de ninguna manera con estos requerimientos.

A pesar de todas las limitantes señaladas en párrafos anteriores en cuanto a la infraestructura y cómo ésta afecta la prestación de los servicios, el MNPT tuvo conocimiento de que el personal de CAPEMCO ya remitió a las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico, mediante oficio número CAPEMCO-ADM-317-2014 de fecha 29 de setiembre de 2014, cuáles son sus necesidades prioritarias en infraestructura, activos y recurso humano para el establecimiento.

Por ejemplo, en materia de recurso humano efectuó la siguiente solicitud: Un Trabajador Social, Un Médico Especialista en Psiquiatría, Un Psicólogo Clínico, 1 Profesional en Enfermería 4 para Supervisión, Un Profesional en Enfermería 3 especialista en Salud Mental, 2 Auxiliares de Enfermería, 6 Auxiliares en Nutrición, 3 Terapeutas Ocupacionales, 2 Choferes, 1 Asistente en Asesoría Legal.

En relación con las mejoras en infraestructura se solicitaron las siguientes:

- Caseta de requisa.

²¹ Cfr. Reglas mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos. Además, los Principios y Buenas Prácticas para la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

²² Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos y Degradantes (CPT). *Normas del CPT*. Consejo de Europa. CPT/Inf/E (2002). 2010. Págs. 43-44

²³ Cfr. CIDH. Principios y Buenas Prácticas sobre las Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Principio I. También puede revisarse las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos.

- Caseta de Vigilancia sector norte frontal.
- Levantamiento de maya perimetral sector norte y este en las afueras del edificio.
- Reparación del aula del MEP.
- Construcción del área de biblioteca.
- Techar área de lavado y nutrición sector noreste.
- Vestidor de funcionarios.
- Reparación de monitores de ventilación.
- Piso y cielorraso del área de terapia de grupo de psicología clínica.
- Piso en área de nutrición.
- Bodegas para mantenimiento y terapia ocupacional para reciclaje.
- Cielo raso oficina de aseo.
- Ventilación e iluminación natural de cuarto de aislamiento.
- Aseguramiento en cielorrasos de servicios sanitarios de usuarios.
- Forrar columnas.
- Separación de servicios sanitarios y baños en sector curativos.
- División de consultorios.
- Pileta adecuada para aseo interior del salón.
- Ampliación de cuartos de curaciones y cuartos de medicamentos.
- Oficina para Policía Penitenciaria.
- Taller a media pared en salón general.
- Espacio para cocina.
- Espacio para lavado.

Además, durante las inspecciones el MNPT pudo constatar mediante documentos que el servicio de Terapia Ocupacional ya realizó la solicitud de asignación de recursos financieros y humanos para el periodo 2015. Se insta a las autoridades de la CCSS a prestar especial atención a dicha solicitud, por la importancia que estos recursos tienen para la adecuada atención de la población.

El MNPT hace un reconocimiento de los esfuerzos que realiza el personal de CAPEMCOL por tratar de brindar al establecimiento condiciones adecuadas para la estancia de los usuarios y para la prestación de los servicios. Sin embargo, insiste que este esfuerzo no es suficiente, y que resulta fundamental que las autoridades de la CCSS concluyan a la mayor brevedad los procedimientos administrativos para definir si CAPEMCOL va a ser una Unidad Programática o no, para posteriormente definir la disposición de un terrero y la construcción de un establecimiento que reúna todas las condiciones y requerimientos necesarios.

En relación con la carencia de personal de la Policía Penitenciaria, y la afectación que esto produce en la prestación de los servicios del CAPEMCOL, el MNPT recuerda al MJP que la prioridad en este tipo de establecimiento radica en la rehabilitación de los pacientes, por lo que recomienda al MJP incluir dentro de sus necesidades de Recurso Humano Policial, aumentar el número de Oficiales de Seguridad que brindan servicio en CAPEMCOL.

Al respecto, el MNPT quiere traer a colación la necesidad de fortalecer el personal de trabajo, de conformidad con lo indicado por los estándares de trabajo establecidos a nivel internacional.

Los recursos del personal deberían ser los adecuados en términos de número, categoría (psiquiatras, médicos de cabecera, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.), experiencia y formación. Las deficiencias de personal minarán generalmente de forma seria los intentos de ofrecer actividades (tratamiento integral); además pueden conducir a situaciones de alto riesgo para los pacientes, a pesar de las buenas intenciones y los esfuerzos auténticos del personal que esté en servicio.²⁴

4.2.2. Sobre el modelo de atención del CAPEMCO y Rehabilitación Psicosocial.

En concordancia con todo lo anterior, en un proceso de repensar el quehacer que debe tener el CAPEMCO en la atención de los usuarios, el MNPT quiere brindar una serie de estándares internacionales que establecen el norte que las instituciones psiquiátricas deben seguir para garantizar una adecuada atención y rehabilitación de sus pacientes. Si se desea que en verdad dicho establecimiento se convierta en una experiencia exitosa y digna de reconocimiento, es esencial que las autoridades de la CCSS y del CAPEMCO, identifiquen cuáles son las verdaderas necesidades existentes, y hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos de trabajo.

De acuerdo con el Comité Europeo de Prevención de la Tortura (CPT), el tratamiento psiquiátrico,

(S)e debería basar en un planteamiento individualizado que implicase el establecimiento de un plan de tratamiento para cada paciente. Debería incluir una amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas, incluyendo la terapia ocupacional, la terapia de grupo, la psicoterapia individual, el arte, el teatro, la música y los deportes. Los pacientes deberían tener acceso habitual a salas de recreo debidamente equipadas y tener la posibilidad de hacer ejercicio al aire libre diariamente; también es deseable para ellos que se les ofrezca una educación y un trabajo adecuado.

El CPT ha encontrado en demasiadas ocasiones que estos componentes fundamentales de tratamiento efectivo de rehabilitación psicosocial están infradesarrollados o incluso existe una carencia total de los mismos y que el tratamiento proporcionado a los pacientes consiste esencialmente en farmacoterapia. Esta situación puede ser el resultado de la ausencia de personal debidamente cualificado y de la falta de instalaciones adecuadas o el resultado de una filosofía anticuada basada en la custodia de los pacientes.²⁵

Además, el objetivo *debería ser ofrecer unas condiciones materiales enfocadas al tratamiento y bienestar de los pacientes; en términos psiquiátricos, un ambiente terapéutico positivo*²⁶. Es decir una adecuada mezcla entre condiciones materiales e infraestructura adecuada, y un proceso terapéutico integral. La coexistencia de ambas disposiciones, deben ser esenciales para el éxito en la atención y servicio del establecimiento.

²⁴ CPT. *Op. Cit.* Pág. 46

²⁵ *Ibíd.* Pág. 44

²⁶ *Ibíd.* Pág. 42

De lo que se trata es, ni más ni menos, de garantizar una Rehabilitación Psicosocial en CAPEMCO, principio de atención establecido en la tendencia y estándares actuales que promueven una adecuada e integral atención a los usuarios en los establecimientos psiquiátricos.²⁷

La Rehabilitación Psicosocial debe entenderse,²⁸

(A) un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves (...). El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social. Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. Así, actualmente, se podría afirmar que la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible

La rehabilitación tiene que ver por tanto, con ayudar a las personas con TMG (Trastorno Mental Grave) a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y a apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación opera intentando apoyar a la persona con trastorno mental severo en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc. La rehabilitación pretende actuar en todos estos escenarios ayudando tanto a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal deteriorada.

Teniendo en cuenta todos estos objetivos y áreas, las personas que trabajan en rehabilitación deben articular, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles procedentes de otros campos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean

²⁷ Fumero Vargas, Georgina (Neuropsicóloga Clínica). Fundación MaxClamar y Fundación Justicia y Género. Entrevista personal. 10 de diciembre de 2014, a las 14:30 horas. San José, Costa Rica. Entrevistadores: Patricia Montero Villalobos y Esteban Vargas Ramírez.

²⁸ Gisbert Aguilar, Cristina (Coordinadora). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios / 28, Madrid, 2003. Págs. 38-39

relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos marcados. Este campo de intervención psicosocial es diferente y complementario a los tratamientos psiquiátricos farmacológicos.

Tratamiento y rehabilitación psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí, como dos caras de una misma moneda: la atención integral a la persona (...) El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es la mejora de la enfermedad, la reducción de síntomas, la estabilización psicopatológica; por contra, el foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, la mejora en suma de la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible.

Como se dijo anteriormente, el MNPT reconoce los esfuerzos realizados por el CAPEMCOL para procurar brindarle al establecimiento mínimas condiciones de funcionamiento en infraestructura, recurso humano y activos. Sin embargo, corresponde a sus superiores, sea el Hospital Nacional Psiquiátricos o la Gerencia Médica de la CCSS, dotarlo de las condiciones necesarias para que se llegue a convertir en un centro que brinde el servicio al cien por ciento para toda la población usuaria. Esto comprende la definición del establecimiento como Unidad Programática de la CCSS, la dotación de infraestructura adecuada, activos, y equipo humano de calidad y cantidad necesarias.

5. SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL DE POLICÍA PENITENCIARIA DE CAPEMCOL.

5.1. Aspectos generales sobre el Personal de la Policía Penitenciaria.

El personal de seguridad que labora en CAPEMCOL está constituido por oficiales de la Policía Penitenciaria que pertenecen al Ministerio de Justicia y Paz, el cual a diciembre de 2014 se divide de la siguiente manera:

- En la Escuadra A, laboran 15 oficiales entre los cuales se incluye un Supervisor de Seguridad. Tienen una jornada de 7 días de trabajo y 7 días de descanso.
- En la Escuadra B, laboran 13 oficiales entre los cuales se incluye un Supervisor de Seguridad. Tienen una jornada de 7 días de trabajo y 7 días de descanso.
- Además, 5 personas laboran en horario de 5 días de trabajo por 2 días de descanso.

Durante las visitas realizadas a CAPEMCOL, personal del MNPT entrevistó a la mayoría del personal de seguridad que labora en el centro (como se indica anteriormente en el apartado 3 de Metodología) e inspeccionó los dormitorios, el comedor y la cocina que dicho personal utiliza para la preparación de sus alimentos. De las inspecciones realizadas, dos de ellas estuvieron enfocadas en estos aspectos, y una de ellas contó con el acompañamiento de la Arquitecta de la Defensoría de los Habitantes de la República, Angie Serrano (referirse al Anexo N° 1).

En relación con los dormitorios, se constató que el lugar no reúne las condiciones necesarias para un adecuado descanso por parte del personal de seguridad. Es un espacio con vista directa al sector de pacientes. El área de ingreso tiene unos casilleros que obstruye la entrada en el primer nivel próximo al baño, lo que reduce la entrada en unos 50 centímetros. El dormitorio se ubica en un segundo nivel, con escaleras angostas que apenas permiten el ingreso de una persona. Por otra parte, el baño para uso de los oficiales no cuenta con instalación eléctrica adecuada en el calentador del agua.

En lo referente a la alimentación del personal de seguridad, se constató que el Ministerio de Justicia y Paz se encarga de proveer los tiempos de almuerzo y cena, los cuales son trasladados desde la Escuela de Capacitación Penitenciaria hacia CAPEMCOL, únicamente de lunes a viernes. Los desayunos y la alimentación correspondiente al fin de semana se encuentran a cargo del propio personal de seguridad.

El comedor del personal de la policía penitenciaria no se ubica en el mismo espacio en el que el personal de la CCSS consume sus alimentos. Según se indicó, esto se debe a que los oficiales solicitaron un espacio para ellos, aduciendo que tenían diferentes horarios de trabajo. Este espacio no cuenta con las condiciones de mobiliario ni de infraestructura adecuada para el personal de la policía penitenciaria. El cielo suspendido está muy deteriorado, al igual que las lámparas fluorescentes. Los colores del lugar no ayudan a que el espacio se vea más ordenado. Los tomacorrientes se encuentran deteriorados también.

5.1.1. Capacitación al personal de la Policía Penitenciaria.

El personal de seguridad entrevistado manifestó no haber recibido capacitación alguna antes de ingresar a laborar a CAPEMCOL, considerando que dicho establecimiento alberga población privada de libertad con enfermedades mentales, y que ello les preocupaba por cuanto su funcionamiento es completamente diferente a la de un centro penitenciario, y los pacientes deben recibir un trato adecuado a su condición de salud, para lo cual tampoco habían sido capacitados.

También externaron que, en ocasiones, tienen dudas acerca de cómo actuar porque no existe un protocolo específico de actuación para la policía penitenciaria en CAPEMCOL, como sí lo existe en el Sistema Penitenciario. El personal de seguridad manifestó que, con base en su experiencia en centros penitenciarios, conoce sobre el perfil de algunos usuarios que han estado en esos establecimientos y de su peligrosidad, y ahora que están en CAPEMCOL, y ante la ausencia de protocolos penitenciarios, deben aplicarse los protocolos de CAPEMCOL, y eso podría poner en riesgo la seguridad del establecimiento, y la integridad física del personal y de los usuarios.

5.1.2. Sobre la coordinación interinstitucional.

En relación con la parte operacional en sí, el MNPT observa falta de coordinación y comunicación entre los equipos de salud y seguridad, cuando el ideal de trabajo debería ser conjunto aunque sean dos instituciones de naturaleza diferente trabajando en un mismo lugar. Debe tenerse muy presente que tiene que haber un adecuado trabajo en equipo y una estrecha comunicación y coordinación con el personal de salud de la CCSS.

5.1.3. Solicitud de información realizada por el MNPT.

El MNPT solicitó a la Dirección de la Policía Penitenciaria, mediante oficio número MNP-054-2014, de fecha 22 de octubre de 2014, que informara acerca de la existencia de un perfil especializado para el personal de la policía penitenciaria que es asignado para desempeñar labores en el CAPEMCOL; si existía un manual o protocolo de funciones específico para el personal de la policía penitenciaria que trabaja en el CAPEMCOL; y que se especificaran los programas de capacitación especializados que le son brindados al personal de la policía penitenciaria para la atención de los usuarios del CAPEMCOL.

Por medio de oficio número 1486-2014, de fecha 30 de octubre de 2014, el Comisionado Pablo Bertozzi Calvo, Director de la Policía Penitenciaria, informó lo siguiente:

Primero: Que actualmente no existe un perfil especializado para el personal de la policía penitenciaria que es asignado para desempeñar labores en el CAPEMCOL. El personal de seguridad que labora en ese centro, ha sido nombrado por diversas situaciones particulares. Algunos de ellos fueron ubicados en ese centro desde el inicio de la gestión debido a que ya contaban con alguna experiencia en la custodia de personas privadas de libertad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, por lo que eran conocedores del tipo de población que ahí se ubicaba y del trato que se les debía dar. En otros casos, se ha ubicado algunos funcionarios debido a que no se pueden pernotar (sic) en un centro penitenciario por razones médicas, y deben egresar a sus hogares diariamente, resultando que el centro CAPEMCOL queda cerca de sus hogares o de fácil traslado.

No obstante, es importante resaltar que actualmente se está impartiendo un curso especializado por parte de la Escuela de Capacitación Penitenciaria dirigido a todos los funcionarios de seguridad que laboran en este centro.

Segundo: No se cuenta con un manual o protocolo de funciones específico para el personal de la policía penitenciaria que trabaja en el CAPEMCO. Las funciones que realizan los policías penitenciarios son de seguridad y custodia de la población y que corresponden a su puesto de conformidad con la normativa institucional vigente.

Tercero: Tal como se indicó líneas atrás, actualmente se está desarrollando un programa de capacitación con una duración de 60 horas para el personal que labora en el centro CAPEMCO, mismo que se ha venido implementando por orden de la Sala Constitucional, y que se está desarrollando en dos grupos de trabajo. El primer grupo inició el curso el pasado 20 de octubre y finalizó el 29 de octubre anterior. El segundo grupo iniciará el curso el próximo lunes 03 de noviembre y finalizará el miércoles 12 de noviembre (...)

5.2. Consideraciones.

En relación con lo indicado anteriormente, el MNPT realiza las siguientes consideraciones.

5.2.1. Sobre las condiciones laborales del personal de seguridad del Ministerio de Justicia y Paz.

Como resultado de las entrevistas y la investigación realizada, el MNPT concluye que resulta urgente que el Ministerio de Justicia y Paz se avoque a la elaboración de un perfil especializado que establezca con claridad cuáles son las condiciones que debe reunir el personal de la Policía Penitenciaria que labora en un establecimiento que alberga personas privadas de libertad con enfermedad mental. Entre esas condiciones, deben ser consideradas las que tienen que ver con aptitud y actitud para trabajar, sensibilidad y vocación para el puesto, control de impulsos y tolerancia.

Se recuerda lo que los estándares internacionales indican al respecto,

Teniendo en cuenta el reto que supone su trabajo, es de crucial importancia que el personal auxiliar sea cuidadosamente seleccionado o que reciba tanto una formación adecuada antes de hacerse cargo de sus obligaciones como cursos de prácticas. Además, durante la ejecución de sus tareas, deberán ser estrechamente supervisados –y estar sujetos a su autoridad- por personal de asistencia sanitaria cualificado.²⁹

También resulta urgente que el Ministerio de Justicia y Paz, en conjunto con las autoridades de CAPEMCO y de la CCSS, procedan con la elaboración del Protocolo conjunto de actuación que regule las funciones del personal de la Policía y del personal de Salud en relación con la población usuaria, sobre todo cuando se presenten incidentes que requieran el uso de la fuerza y la aplicación de medios de coerción (sujeción) ante usuarios que se encuentren en

²⁹ CPT. *Op. Cit.* Pág. 41

crisis, con el fin de que cada funcionario y funcionaria conozca sus deberes, considerando que son dos instituciones con competencias diferentes trabajando en un mismo lugar, es decir, procedimientos de actuación, procedimientos de intervención y procedimientos de denuncia por parte de la población usuaria.

En cuanto a los lugares en los que el personal realiza la ingesta de los alimentos, el MNPT también constató que el equipo utilizado no reúne adecuadas condiciones. Por ello, se hace necesario que el Proceso de Gestión del Ambiente Laboral de la Dirección de Gestión Institucional, de Recursos Humanos, del Ministerio de Justicia y Paz, efectúe una visita al lugar y determine qué requerimientos se hacen necesarios para proveer al personal un adecuado equipamiento para consumir sus alimentos.

En razón de que existe personal de la policía en rol de 7 días de trabajo por 7 días descanso, que no recibe alimentación los fines de semana por cuanto la cocina de la Escuela Penitenciaria funciona en horario administrativo, se solicita a la Dirección de la Policía Penitenciaria analizar esta situación para determinar si se realiza un cambio en los horarios del personal, o se le provee de alimentación a dichos funcionarios los fines de semana.

Con respecto al espacio físico destinado a dormitorio del personal de seguridad, y por ser competencia de CAPEMCO y de las autoridades de la CCSS, se recomienda que, por ser un espacio de descanso muy limitado por el mobiliario y la zona designada a este personal, se considera necesario aislar mejor la zona de descanso del ruido con doble vidrio en la ventana existente. Asimismo, el Proceso de Gestión del Ambiente Laboral de la Dirección de Gestión Institucional, de Recursos Humanos, del Ministerio de Justicia y Paz deberá hacer una valoración de este espacio para determinar cuál es el equipamiento necesario en el área del dormitorio y que además no se obstruya el paso en el lugar.

En cuanto a la ausencia de capacitación manifestada por el personal de la Policía Penitenciaria, durante el desarrollo de la presente investigación el MNPT constató que a las y los oficiales se les brindó un curso de especialización en dos grupos: un grupo inició el lunes 20 de octubre de 2014 y finalizó el día 29 de octubre del mismo año, y el otro grupo inició el lunes 03 de noviembre de 2014 y finalizó el día 12 de noviembre del mismo año. El curso fue brindado en la Escuela de Capacitación Penitenciaria y constó de 60 horas, y el contenido fue el siguiente: Ejercicio correcto de la autoridad; Derechos Humanos; Nociones Básicas de la Enfermedad Adictiva; Patología Psiquiátrica Mayor; Aspectos Legales de la Enfermedad Mental; Defensa Personal; Generalidades de la Enfermedad Mental; Farmacología; Vara Policial; Trastornos de la Personalidad; Liderazgo y Motivación.³⁰

El MNPT recuerda a las autoridades del MJP y de la CCSS la necesidad de una formación continua en todos los aspectos relacionados con la labor desarrollada en CAPEMCO. A partir de las entrevistas realizadas, el personal de Policía Penitenciaria manifestó la necesidad de continuar la capacitación en aspectos más específicos y especializados sobre la atención de las personas usuarias del Centro; y particularmente, que sería adecuado recibir dicha formación por parte del personal de la CCSS.

Al respecto el MNPT quiere recordar que los estándares internacionales establecen que,

³⁰ Así lo informó también el Comisionado Pablo Bertozzi Calvo, Director de la Policía Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Paz, mediante oficio número 1486-2014 de fecha 30 de octubre de 2014.

El personal de los establecimientos psiquiátricos debería recibir formación de las técnicas de control manual y no físicas con respecto a los pacientes agitados o violentos. El contar con dichas técnicas permitirá al personal elegir la respuesta más adecuada cuando se vean enfrentados a situaciones difíciles, reduciendo así significativamente el riesgo de heridas a pacientes y personal.³¹

³¹ CPT. *Op. Cit.* Pág. 47

6. SOBRE EL USO DE MEDIOS DE COERCIÓN (SUJECCIÓN).

EL MNPT es consciente que los establecimientos de privación de libertad deben lidiar con una serie de situaciones que pueden afectar la seguridad institucional, por lo que se considera que desde la perspectiva de derechos humanos, la seguridad y la protección constituyen una parte integral de la responsabilidad del Estado de proteger a las personas privadas de libertad.

En este sentido, si bien la seguridad institucional se constituye en una preocupación legítima de las autoridades estatales, debe existir un adecuado balance entre la dignidad y seguridad de la detención.

Al respecto, el Manual de las Naciones Unidas para el Manejo de Incidentes en Prisión indica que,

Los miembros del personal de prisiones necesitan entender que interactuar con los reclusos y las reclusas de forma humana y equitativa mejora la seguridad y el buen orden de una prisión (...) Independientemente de la proporción del personal, cada contacto entre el personal y las personas detenidas refuerza la relación entre ambos, la cual debe ser positiva, con dignidad y respeto mutuo en el trato entre unos y otros y cumplir con los principios internacionales de los derechos humanos y el debido proceso.³²

En igual sentido, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura ha indicado que,

El personal de prisiones, en ocasiones, tendrá que hacer uso de la fuerza para controlar a individuos reclusos violentos y, excepcionalmente, podría incluso necesitar recurrir a medios de coerción física. Estas situaciones representan claramente un alto riesgo en lo que respecta al posible maltrato de los reclusos y reclusas, y como tales requieren medidas de resguardo específicas.³³

Es por ello que la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT)³⁴ ha considerado que ciertas prácticas y medidas de seguridad pueden por su naturaleza, ser invasivas y restrictivas, y limitar el disfrute de derechos de las personas privadas de libertad. Las autoridades a cargo de los establecimientos podrían priorizar sus inquietudes de seguridad sobre la dignidad de las personas detenidas. Es decir, las medidas tomadas en nombre de la seguridad pueden ser desproporcionadas o hasta excesivas; la manera en que son implementadas podría ser brutal u opresiva, y/o aplicada de manera sistemática sin considerar si un individuo representa un verdadero riesgo o no. Tiene mucho de razón la APT al indicar que la administración de un establecimiento de privación de libertad tiene el desafío

³² Naciones Unidas. *Prison Incident Management Handbook*. 2013. P. 21-22. Traducción de la Asociación para la Prevención de la Tortura. *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*. 2013

³³ Comité Europeo para la Prevención de la Tortura. Segundo Informe General de Actividades 1 de enero-31 de diciembre 1991. (CPT/Inf 92, 3. 13 de abril de 1993. Traducción de la Asociación para la Prevención de la Tortura. *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*. 2013.

³⁴ Asociación para la Prevención de la Tortura. *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*. 2013

de mantener la seguridad institucional mientras garantiza los derechos humanos y la dignidad de las personas privadas de libertad.

En concordancia con lo anterior, el MNPT plantea dentro de sus objetivos de investigación, hacer un estudio y análisis exhaustivo sobre los Medios de Coerción (Sujeción) que se utilizan en el CAPEMCOL

6.1. Medios de Coerción (Sujeción) utilizados en CAPEMCOL.

De acuerdo con las entrevistas realizadas al personal que trabaja en CAPEMCOL y con base en los registros existentes, el MNPT constata que los siguientes son los medios de coerción (sujeción) que se utilizan en dicho establecimiento.

6.1.1. Abordaje verbal.

Se entiende como el diálogo que sostiene el personal con los usuarios para persuadirlos con la finalidad de contener y cambiar un comportamiento agresivo o indisciplinado. Este procedimiento no requiere autorización previa por parte del profesional médico.

6.1.2. Contención (sujeción) Manual.

Sostener y/o inmovilizar a un paciente por parte del personal mediante el uso de la fuerza física y técnicas de sujeción. Este procedimiento no requiere autorización previa por parte del profesional médico.

6.1.3. Contención (sujeción) Mecánica.

Uso de mecanismos o dispositivos para restringir parcial o totalmente los movimientos de un paciente y/o inmovilizarlo, por ejemplo sujetándole a una cama, o a una silla ubicada en la estación de enfermería, con tiras de tela, esposas, cinturones de cuero, o por cualquier otro medio. Este procedimiento sí requiere autorización por parte del profesional médico.

6.1.4. Aislamiento.

Medida mediante la cual se mantiene a un paciente en solitario en un cuarto o celda, sin la presencia interna de otros pacientes o personal. Este procedimiento sí requiere autorización por parte del profesional médico.

6.1.5. Sujeción Química (farmacéutica).

Uso por parte del personal médico de tranquilizantes o drogas similares en los pacientes, para el manejo de comportamiento violento, agresivo o indisciplinado. Requiere de la autorización por parte del Psiquiatra de turno.

6.1.6. Cinturón con Esposas.

Consiste en un cinturón de cuero atado a la cintura del usuario, que utiliza dos pares de esposas laterales, que impiden al usuario movilizar sus brazos. Este medio de coerción lo administra la Policía Penitenciaria. Su aplicación la autoriza el profesional médico de turno.

6.1.7. Aspectos generales sobre los medios de coerción (sujeción) en CAPEMCOL.

Las medidas de coerción (sujeción) señaladas anteriormente, a excepción del abordaje verbal y de la contención manual, requieren el visto bueno del Profesional Médico. Además, de todas las medidas de sujeción citadas se hace la correspondiente anotación en el expediente clínico y judicial de los usuarios, y se lleva un control en la Supervisión de Enfermería. Se exceptúa al cinturón con esposas, el cual de acuerdo con la investigación realizada por el MNPT no se consigna en ningún tipo de registro.

Ahora bien, en lo que refiere a los medios de coerción (sujeción), y de acuerdo con la revisión documental, de lo indicado por el personal del establecimiento, y la población usuaria del CAPEMCOL, los siguientes son los pasos que se siguen para aislar a un usuario cuando éste presenta un comportamiento violento, agresivo o indisciplinado contra algún compañero, contra el personal o contra sí mismo:

- Primero. El personal de la Policía Penitenciaria se dirige a la persona o personas, y se utiliza contención verbal, y se le indica a la persona que debe controlar su comportamiento y evitar inconvenientes.
- Segundo. En caso de que la contención verbal resulte infructuosa, y el usuario (o los usuarios) continúe(n) agitado(s), en aras de salvaguardar su integridad física y la de terceras personas, el personal de seguridad junto con el personal de salud (enfermería) trasladan al usuario al cuarto de aislamiento. Para su traslado hacia el cuarto de aislamiento se utilizan medios de coerción como esposas, o medios de sujeción manual (como llaves o puntos de presión física).
- Tercero. Una vez que se ubica a la persona en el cuarto de aislamiento, el procedimiento indica que deben llamar al Profesional Médico para que realice una valoración sobre la situación del paciente, y se indiquen las medidas que se van a utilizar. Regularmente, la primera medida de coerción utilizada es el aislamiento.
- Cuarto. En caso de que el Profesional Médico a cargo, considere que el paciente requiere otro mecanismo de coerción adicional al aislamiento, tiene la facultad para autorizar la sujeción del paciente con telas a la cama.
- Quinto. Si los elementos anteriores fueron considerados insuficientes por parte el Profesional Médico a cargo para contener al paciente, el Psiquiatra de turno puede autorizar el uso de Sujeción Química por medio de fármacos, con la finalidad de disminuir al paciente.

6.2. Registros del uso de Medios de Coerción (sujeción).

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura constató que la Policía Penitenciaria prepara un Informe Semanal acerca de lo que acontece en CAPEMCOL, el cual incluye los siguientes aspectos: recuento de población; cuáles usuarios salen a tomar sol; ingreso de personas visitantes; aislamiento de los usuarios; sujeciones mecánicas; libertades; salidas médicas; prácticas judiciales; requisas, y registro de nuevos ingresos.

En lo que refiere a registros del personal de salud del CAPEMCOL, el MNPT constató que existen los siguientes:

- *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento.* En dicho documento se indican los datos de la persona, medidas preventivas utilizadas, motivos de la sujeción, indicación médica, tipo de sujeción utilizada, tiempo de la sujeción, medidas de control, observaciones, y supervisor responsable.
- *Hoja de Reporte de Agresión a Funcionarios,* en la que se establece fecha y hora del incidente, nombre de usuario, número de expediente de salud, número de expediente judicial, tipo de medida, condición mental del usuario, tipo de agresión, descripción de la agresión, funcionario afectado y puesto.
- *Notificación de Resolución Fundamentada para Medidas Precautorias para el Usuario.* En esta se le informa al usuario por qué se le impuso la medida. Firmada por el Jefe de Enfermería y el Profesional Médico (quien avala la medida), fecha de notificación y firma del usuario.
- *Expediente Clínico.* Este comprende: las notas de enfermería; la hoja de evolución, indicaciones y tratamiento (donde anotan los profesionales médicos, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Psicología).
- *Expediente Judicial.* Se indican las calidades de la persona, su situación jurídica, documentación de los Tribunales de Justicia, reportes de la Policía Penitenciaria, y Reportes y Notificaciones de Aislamiento.

Es importante indicar que en cuanto al *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento*, éste se incorpora en el expediente clínico cuando es contención mecánica, y cuando se trata de aislamiento en el expediente judicial. Mientras que la *Notificación de Resolución Fundamentada para Medidas Precautorias para el Usuario* se incorpora en el expediente judicial, pues si excede de 48 horas debe solicitarse autorización al Juzgado de Ejecución de la Pena;³⁵ en algunos casos también fue posible encontrarlas en el expediente clínico.

Asimismo, en la Supervisión de Enfermería existe un control paralelo del *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento*, el cual, al momento de las inspecciones del MNPT se encontraba desactualizado, pues el último reporte incorporado era del mes de agosto de 2014.

Por otra parte, el MNPT constató que el Departamento Psicología prepara Reportes Mensuales sobre Aislamientos, en los que se hace constar los aislamientos que se aplican a las medidas cautelares y a las medidas de seguridad curativas; los días de la semana en los que se aplicó el aislamiento; los turnos de trabajo en los que se aplicó; la cantidad de horas que duró

³⁵ De Conformidad con lo indicado en el artículo N° 482 inciso e) del Código Procesal Penal de la República de Costa Rica.

la medida; su frecuencia; los motivos; el profesional médico que avaló el aislamiento; y el enfermero que avaló la medida. Sin embargo, el último reporte mensual que existía al momento de las inspecciones correspondía al mes de abril de 2014.

Después de una amplia revisión de registros y varias entrevistas, el MNPT llegó a la conclusión que en CAPEMCOI existe una indefinición respecto en qué lugar debe registrarse el *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento*. Según una parte del personal se debe hacer en el Expediente Clínico del usuario, y otra parte del Personal indica que en un Registro General en la Supervisión de Enfermería. Al respecto, el MNPT revisó ambas posibilidades y llegó a la conclusión que en ninguna se han guardado consistentemente estos Registros, ya que en ocasiones no aparecen dentro del Expediente Clínico, y al momento de las Inspecciones, el Registro Ubicado en la Jefatura de Enfermería llevaba dos meses desactualizado.

6.2.1. Medidas de protección para el usuario durante el Aislamiento.

Durante las inspecciones realizadas por el MNPT se constató que en la Estación de Enfermería, en una hoja debidamente colocada sobre el escritorio, se pone en conocimiento de todo el personal cuál es el Protocolo de Aislamiento que debe seguirse.

En ese sentido se emiten las siguientes instrucciones:

- En relación con el usuario: debe vestir pantalón corto y sin tiras; puede usar dos cobijas (no sábana ni colcha); no puede usar zapatos ni medias.
- Con respecto al cuarto de aislamiento: la luz siempre debe estar encendida.
- Personal custodio: debe realizar requisa al usuario.
- Personal médico: se le comunica de manera inmediata para que realice la valoración y determine la condición del usuario, anote las medidas a seguir según el protocolo existente.
- Personal de enfermería: para realizar un aislamiento se debe contar con el personal de enfermería. Un funcionario de enfermería debe quedarse en la estación, el resto del personal se traslada a realizar dicho procedimiento, siempre acompañados del personal custodio y médico.
- Artículos personales del usuario: deben ser guardados en una bolsa con rótulo, el cual indique el nombre y número de cama, y ser depositados en una caja para dicho fin ubicada en el área de aislamiento.
- Importante: Bajo ninguna circunstancia se debe aislar a un paciente sin la valoración del médico de guardia.
- Asistentes de Pacientes: Deben de verificar que los cajones de esa área siempre cuenten con los artículos necesarios para realizar este procedimiento.

6.3. Consideraciones.

En relación con lo indicado anteriormente, el MNPT realiza las siguientes consideraciones.

En lo que refiere al uso de Medios de Coerción (sujeción), el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura ha indicado que en muchas instituciones psiquiátricas, la adopción

de medidas restrictivas de la libertad de movimiento de pacientes nerviosos y/o violentos puede resultar a veces necesaria. Dado el potencial de abusos y malos tratos, la utilización de estas medidas de represión continúa siendo un tema de especial preocupación. Por lo tanto, los órganos supervisores que inspeccionan estas instituciones, como el MNPT, examinan detenidamente los procedimientos y las prácticas llevadas a cabo en lo que respecta tanto a la represión en sí misma como a la frecuencia con que se recurre a métodos de represión.³⁶

El MNPT reitera que el uso de Medios de Coerción (sujeción) es una medida gravosa, y de tal manera, debe ser una medida excepcional. Por tal razón, el establecimiento de procedimientos, protocolos y salvaguardas, se constituye en una obligación, al igual que el registro detallado de dichos procedimientos en los expedientes personales de los pacientes, y en los registros generales.

El uso de Medios de Coerción (sujeción) se constituye en sí misma una práctica riesgosa, que si no se aplica adecuadamente, y sin las salvaguardas adecuadas, puede afectar la integridad física y psíquica de los pacientes. Entre mayor sea el tiempo de aplicación de una medida de restricción termine, es mayor el riesgo de complicaciones. Este riesgo aplica para los pacientes y para el personal encargado de aplicarlos.

Al respecto, los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental* establecen que los mecanismos de contención física sólo son aceptables cuando cumplan los siguientes requisitos:

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria, salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.³⁷

6.3.1. En relación con los Registros de Medios Coerción (sujeción).

Como se indicó anteriormente, el MNPT constató mediante revisión documental que el personal del CAPEMCOL no es consecuente en indicar dónde debe registrarse y archivar el *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento*. EL MNPT considera que el lugar adecuado debe ser establecido de forma definitiva por las autoridades del CAPEMCOL.

También es importante resaltar que dicha hoja de Reporte debe ser revisada y mejorada, dado que no permite tener completa información sobre el proceso de aislamiento, ni sobre el

³⁶ CPT. *Op. Cit.* Pág. 51

³⁷ Naciones Unidas, Asamblea General. *Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Resolución 46/119. Diciembre de 1991. Principio 11, numeral 11.

personal que la aplica, ni sobre lo indicado en el *Protocolo para la ejecución de órdenes de aislamiento para la Policía Penitenciaria a personas sin alteración y/o enfermedad mental en CAPEMCOL*, por ejemplo en la cantidad de horas que una persona puede estar aislada. Además, no se establece la fecha y hora en que la medida finaliza, entre otros.

Se debe indicar que durante la revisión de los *Reporte(s) de Contención Mecánica y/o Aislamiento*, muchos no habían sido completados en su totalidad, por lo que en ciertos casos, la información sensible sobre el proceso de aislamiento a un determinado usuario se encontraba incompleta.

El MNPT reitera a las autoridades del CAPEMCOL la necesidad de que dichos reportes se encuentren debidamente completados y con toda la información necesaria, y que el personal sea consistente en el archivo de estos Reportes tanto en los expedientes, como el control que se lleva en la supervisión de enfermería.

Aparte de lo anterior, existe la necesidad de un Registro General de Medidas de Coerción, Contención Mecánica y Aislamiento, independiente de los expedientes clínicos y judiciales, que permita a las instituciones de supervisión (Juzgados de Ejecución Penal, Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Defensoría de los Habitantes), un fácil acceso y revisión de las medidas aplicadas a los usuarios (aislamientos, sujeción con telas a camas y sillas, sujeción química, entre otros). Esto no quiere decir de ninguna manera, que los *Reporte(s) de Contención Mecánica y/o Aislamiento* dejen de archivar en los expedientes de cada usuario.

Respecto al uso de Registros de Medios de Coerción, el MNPT es insistente en lo siguiente,

Sería preferible la creación de un registro específico en el que constasen todos los casos de utilización de medidas de represión y cuya información también se haría constar en el historial médico personal del paciente. Las anotaciones en el registro deberían incluir la hora de inicio y finalización de la aplicación de la medida, las concretas circunstancias del caso, los motivos de su adopción, el nombre del médico que la ordenó o aprobó y una relación de todas las lesiones sufridas por el paciente y el personal. Los pacientes deberían tener derecho a hacer incluir observaciones en el registro, a ser informados de su contenido si así lo solicitaran y a recibir una copia completa de la anotación realizada en el registro en relación con la medida adoptada sobre ellos.³⁸

6.3.2. Sobre el Protocolo para la Ejecución de Órdenes de aislamiento para la Policía Penitenciaria a personas sin alteración y/o enfermedad mental en CAPEMCOL.

El MNPT analizó el *Protocolo para Ejecución de Órdenes de Aislamiento por la Policía Penitenciaria a Persona sin Alteración y/o Enfermedad Mental en CAPEMCOL*, emitido el día 3 de junio de 2013 por el CAPEMCOL. Se reconoce como buena práctica que se disponga que el documento debe ser divulgado y conocido en su totalidad por todas las personas que laboran en el Centro, es decir, tanto personal de la CCSS como del Ministerio de Justicia y Paz.

Sin embargo, se hace necesario emitir las siguientes observaciones:

³⁸ CPT. *Op. Cit.* Pág. 56

El Protocolo no contempla la ejecución de las órdenes de aislamiento para las personas que sí tienen alteración y/o enfermedad mental. No comprende el MNPT por qué existe un Protocolo dirigido únicamente a una parte de la población interna, aunque las medidas de aislamiento se apliquen a toda la población sin distinción. Se reitera que debe existir un solo Protocolo que contemple los procedimientos a seguir en caso de aislamiento para todos los usuarios del establecimiento.

Causa especial preocupación que el Protocolo no contemple todos los Medios de Coerción (Sujeción) utilizados en el establecimiento, a saber, uso de telas, sujeción química, sujeciones manuales, uso del cinturón con esposas, ni los criterios que debe utilizar el personal médico para avalar estos procedimientos.

En la Sección Segunda, referente al Procedimiento de Aislamiento y a la notificación al usuario, no se regula en el instrumento lo concerniente al derecho de defensa de éste, es decir, su posibilidad de recurrir la decisión de ubicarlo en aislamiento, aspecto que debe ser incluido dentro del Protocolo. El MNPT comprobó que dicho documento se denomina *Notificación de Resolución Fundamentada para Medidas Precautorias para el Usuario*. Sin embargo, no se encuentra regulado en algún otro instrumento normativo el procedimiento de defensa para que el usuario recurra la resolución fundamentada que le aplica medidas precautorias.

El artículo 12 del Protocolo refiere a aquellos casos de aislamiento que requieran colocación de esposas. EL MNPT tiene especial preocupación por el uso de esposas en el CAPEMCO, más aun cuando la persona está en aislamiento, debido a que no es un medio de coerción avalado para instituciones psiquiátricas, por esta razón es que se disponen de Tiras de Tela para sujetar a los pacientes. De acuerdo a los estándares internacionales³⁹ el uso de esposas metálicas como medio de coerción en establecimientos de atención psiquiátrica es inaceptable y deben ser abolidas.

Es importante indicar que el MNPT tiene conocimiento de la existencia del *Reglamento para la Aplicación de Procedimientos de Restricción de Movimientos y Aislamiento a Personas con Trastorno Mentales y del Comportamiento en los Servicios Asistenciales de la Caja Costarricense del Seguro Social*, confeccionado por una comisión interinstitucional en el año 2001, el cual por su naturaleza debe ser también de aplicación para el CAPEMCO. Sin embargo, este Reglamento no toma en consideración las particularidades de dicho establecimiento, ni las de una población con doble condición de vulnerabilidad. Por lo anterior, el MNPT vuelve a insistir en la obligación de crear un único Protocolo (o eventual Reglamento) sobre el uso de Medios de Restricción (Sujeción) de aplicación exclusiva del CAPEMCO, sin distinción de la condición jurídica o de salud de la persona usuaria, y en el cual se incluyan conjuntamente el accionar y responsabilidad del personal de la CCSS y del MJP.

³⁹ El CPT ha indicado: "Handcuffs or chains should never be used. Vital functions of the patient, such as respiration and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. (...)The use of cage beds (net beds) is under all circumstances regarded as unacceptable and should be abolished. This also applies to hand-cuffs and chains." Høyer, Georg. *The use of restraints in Psychiatric Institutions*. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, Consejo de Europa. Estrasburgo, junio 2012. (Traducido por Natalia Acuña Naranjo, Traductora Oficial del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República de Costa Rica, Acuerdo Ejecutivo número DM-086-2010). Pág. 16.

En resumen, un Protocolo adecuado debe regular todos los procedimientos a seguir para la aplicación de todos los Medios de Coerción (Sujeción) utilizados en CAPEMCOL; cuáles medios de sujeción podrán ser utilizados y bajo qué circunstancias; indicar cuáles son las y los funcionarios responsables de llevar a cabo dichos procedimientos, incluyendo personal de la CCSS y del MJP; e indicar las formas de registro de las medidas utilizadas (sea el Expediente Clínico, el Expediente Judicial, Registro General, los Reportes y Notificación, entre otros).

Le recuerda el MNPT a las autoridades del CAPEMCOL, y de la CCSS y MJP en general que,

Toda institución psiquiátrica debería contar con una regulación general, cuidadosamente elaborada, sobre la retención. Es fundamental que tanto el personal como los directivos del centro participen en la elaboración de esta regulación y la apoyen. Dicha regulación debería especificar los métodos de represión permitidos, las circunstancias de utilización, los instrumentos de aplicación, la supervisión necesaria y las medidas a adoptar una vez levantada la medida de represión.⁴⁰

EL MNPT es consciente de que el CAPEMCOL es una institución de atención a la salud, sin embargo, por su modelo de atención, confluyen dos instituciones con dos perspectivas de trabajo distintas, que deben encontrar un justo equilibrio entre la atención en salud de los usuarios, la seguridad institucional y la dignidad de las personas. Por ello tanto la CCSS como el MJP deben trabajar arduamente en crear los instrumentos normativos y los registros necesarios para la debida aplicación de los medios de coerción y sujeción. Si ambas instituciones no trabajan en un espíritu de coordinación interinstitucional, esta tarea no podrá ser llevada a cabo, y los usuarios verán afectados sus derechos humanos.

6.3.3. Sobre el periodo de aplicación de la medida de aislamiento.

El Protocolo vigente contempla una tabla de tiempos para la aplicación de la Medida de Aislamiento. La misma indica lo siguiente:

Comportamiento	Tiempo de aislamiento (horas)
Vocabulario ofensivo y vulgar a tercera persona	2
Reincidencia en menos de 24 horas de vocabulario ofensivo y vulgar a tercera persona	4
Alteración del programa terapéutico o plan nutricional de otra persona internada	3
Reincidencia en menos de 24 horas de alteración del programa terapéutico o plan nutricional de otra persona internada	6
Deterioro de la integridad de la infraestructura, equipo médico o equipo de oficina	8
Amenaza de agresión física, sexual o de muerte a tercera persona	8
Reincidencia en amenaza de agresión física, sexual o de muerte a tercera persona	12
Ingreso, tenencia o consumo de drogas ilegales dentro de CAPEMCOL	16 y suspensión de visita externa por 8

⁴⁰ Ídem.

	días
Agresión física, sexual o patrimonial a tercera persona	24
Reincidencia de agresión física, sexual o patrimonial a tercera persona	36
Intento de fuga	48
Sospecha o plan de amotinamiento	48 o hasta que desaparezca el riesgo

A partir del análisis de dicha tabla, el MNPT guarda preocupación porque los plazos de aislamiento que se estén utilizando actualmente en el CAPEMCOLO puedan ser considerados como una forma de castigo.

El principio fundamental de la aplicación de una medida de aislamiento o medio de coerción radica en evitar afectaciones a la Integridad Personal del usuario o de terceras personas. Esto implica que debe ser únicamente durante el periodo de permanencia del riesgo y debe ser suspendida una vez dicho riesgo haya terminado. Nunca debe aplicarse una medida de aislamiento o de coerción como un castigo.

Se ha indicado que no existe una base científica que pueda confirmar que el uso de medios de restricción brinde un beneficio o justificación terapéutica para los pacientes. El uso de los diferentes medios de Restricción debe reducirse a la prevención de agresiones físicas del paciente hacia sí mismo, o hacia terceras personas. La falta de evidencia que demuestre el beneficio terapéutico del uso de medios de restricción, debe llevarnos a la necesidad de analizar una disminución en uso dentro de las instituciones psiquiátricas.⁴¹

Consolidar la aplicación de una medida de aislamiento con base en plazos u horas preestablecidas y no con base en un criterio técnico aplicable a cada usuario de acuerdo con su perfil, su condición jurídica, su condición de salud, sus condiciones personales, y la atención técnica brindada puede constituirse en un castigo. Es decir, aislamientos de 12, 24, 36 y hasta 48 horas, son excesivos si se toman como un plazo determinado de previo, sin una valoración de cada situación. Inclusive la frase “*hasta que desaparezca el riesgo*” es indeterminada, lo que abre un portillo para posibles abusos en la aplicación de las medidas.

El MNPT hace hincapié en lo que establecen los estándares internacionales en cuanto al plazo de aplicación de la medida de aislamiento o medio de coerción:

En casos extremadamente raros donde la detención se considera como la única medida disponible para controlar una conducta continuamente peligrosa después de haber trascendido el límite de seis horas, la prolongación de una restricción mecánica o aislamiento requiere de una revisión más profunda por parte de dos médicos, quienes después deberán mutuamente acordar en la decisión de continuar con el uso de la restricción mecánica o aislamiento. El mismo procedimiento aplica si el uso de restricción mecánica o aislamiento del mismo paciente se repite en un periodo de 24 horas después de haber terminado cualquier medida de restricción previa.

⁴¹ Cfr. Ibíd. Pág. 5.

La restricción mecánica o el aislamiento bajo ninguna circunstancia deberán exceder las 24 horas.⁴²

Tomando como base que cada turno de trabajo del personal del CAPEMCOL es de 8 horas, considera el MNPT que las medidas de aislamiento y/o coerción no deben superar las 8 horas, cuando se apliquen con base en el criterio del profesional médico a cargo. De esta manera, cuando el personal cambia de turno, el personal entrante deberá revisar la medida aplicada. Si por circunstancias excepcionales el riesgo no ha desaparecido después de 8 horas, un cuerpo colegiado de profesionales del CAPEMCOL deberá revisar la medida, quienes valorarán la pertinencia de continuar con la medida hasta un máximo de 24 horas. Para salvaguardar la objetividad en la aplicación de las medidas, en dicho cuerpo colegiado obligatoriamente deberá estar el Psiquiatra de turno, y no podrá estar el médico que aplicó la medida inicial.

El MNPT es consciente de la necesidad de que exista un régimen disciplinario para los usuarios ubicados en CAPEMCOL. Sin embargo, dicho régimen deben contemplar las salvaguardas y la protección de los derechos fundamentales de los usuarios, y de ninguna manera debe consolidar prácticas que puedan considerarse como castigos.

Considera el MNPT que si la aplicación de una medida de aislamiento se constituye en un castigo, esto es violatorio del Derecho a la Integridad Personal de los usuarios, y, en consecuencia, se constituye en una forma de malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

6.3.3. Sobre otros medios de coerción (sujeción).

Durante las inspecciones el MNPT determinó que existe poca información documental respecto al uso de dos medios de coerción que se utilizan en el establecimiento: el cinturón de cuero y la sujeción química.

Según se indicó el uso de cinturón de cuero con esposas es una práctica que fue llevada por la policía penitenciaria al CAPEMCOL. Este mecanismo se ha utilizado en dos pacientes, que mostraban dificultades en la convivencia, y comportamientos agresivos hacia sí mismos y terceras personas. Se indicó por parte del personal de la policía penitenciaria y del personal de salud que en muchas ocasiones se utilizó dicho Medio de Coerción a solicitud del usuario. Además, el MNPT procedió a revisar con detalle los registros personales de los pacientes a quienes se les aplicó este procedimiento, y en ningún momento se registró su uso.

Por ello el MNPT llegó a la conclusión de que la utilización del cinturón de cuero con esposas no ha sido aprobado oficialmente en el establecimiento, no se ha consignado oficialmente en

⁴² "In the extremely rare cases where restraint is considered to be the only available measure to handle continuously dangerous behaviour after the six hours limit has passed, prolongation of mechanical restraint or seclusion require a further review by two medical doctors who then must both agree on the decision to continue the use of mechanical restraint or seclusion. The same procedure applies if the use of mechanical restraint or seclusion of the same patient is repeated within 24 hours after any previous restraint measure has been terminated. Mechanical restraint and seclusion should under no circumstances exceed 24 hours." Høyer, Georg. *The use of restraints in Psychiatric Institutions*. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, Consejo de Europa. Estrasburgo, junio 2012. (Traducido por Natalia Acuña Naranjo, Traductora Oficial del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República de Costa Rica, Acuerdo Ejecutivo número DM-086-2010). Pág. 17.

ningún registro ni protocolo interno, y parte del personal manifestó serias dudas respecto a la legitimidad y conveniencia de su uso. Al respecto, el MNPT muestra su preocupación porque esta medida se ha aplicado mientras la persona se encuentra en el área común con los demás usuarios, y según se indicó, dicha sujeción se ha utilizado hasta por 8 horas continuas.

Las situaciones anteriormente descritas para el uso de un cinturón de cuero con esposas, a todas luces muestran irregularidades, primero porque esta medida no ha sido aprobada formalmente por las autoridades del establecimiento; segundo, porque aun cuando no ha sido aprobada, su utilización ha sido permisiva; tercero, porque en ningún momento se ha registrado su uso en libros o expedientes internos; y cuarto, porque no forma parte de ningún protocolo interno de uso de medios de coerción (sujeción).

Por ello el MNPT considera que el uso de un cinturón de cuero con esposas en los pacientes del CAPEMCO, es una medida ilegítima, irregular, y de tal manera, contraria a derecho y violatoria de los derechos humanos de los usuarios a quienes les es aplicada, razones por las cuales esta medida debe ser erradicada del establecimiento. Adicional a ello, el MNPT muestra preocupación porque en el CAPEMCO se estén utilizando medidas de coerción a solicitud de los pacientes y no como parte de un proceso de valoración del personal del establecimiento. Al respecto, los estándares en la materia indican que,

En ocasiones los pacientes solicitan les sean aplicados medios de restricción. Sin embargo, dichas solicitudes deben ser rechazadas, ya que cuando un paciente solicita le sean aplicadas dichas medidas, en la mayoría de los casos es una indicación que las necesidades del paciente no han sido solventadas. Además, es inapropiado hacer caso a dichas solicitudes, y puede generar hábito en los pacientes.⁴³

Por otra parte, el MNPT también quiere llamar la atención sobre la necesidad de mantener un estricto cuidado, y control mediante protocolos de los Medios de Sujeción Química. Se es consciente de que dicha medida recae en el estricto criterio del Psiquiatra, pero no sobra recordar que los estándares internacionales en la materia indican,

Si fuera necesario utilizar métodos de represión química como sedantes, antipsicóticos, hipnóticos y tranquilizantes, éstos deberían aplicarse con las mismas garantías que los métodos de represión mecánica. El personal sanitario debería tener siempre en cuenta los posibles efectos secundarios de dicha medicación sobre el paciente, especialmente cuando se utiliza la medicación junto con la represión mecánica o el aislamiento.⁴⁴

⁴³ "Patients do sometimes ask to be subjected to restraint measures. Such requests should generally be rejected. That a patient asks for such "care" is in most cases an indication that the patient's needs are not met, and to comply with a request to restrain such patients is generally inappropriate and may also be habit-forming." *Ibíd.* Pág. 18.

⁴⁴ CPT. *Ibíd.* Pág. 53.

7. RECOMENDACIONES.

De conformidad con los resultados y consideraciones del presente Informe Especial sobre la Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura cree necesaria la adopción de una serie de medidas y acciones, por parte de las diferentes autoridades que brindan atención a esta población, por lo cual realiza las siguientes Recomendaciones:

A la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social y a la Dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico:

PRIMERA.- Adoptar las medidas administrativas necesarias para atender las solicitudes de infraestructura, recurso humano, y activos, realizados por el personal del CAPEMCOL, y asignar los recursos presupuestarios correspondientes para garantizar la adecuada atención de todos los usuarios del establecimiento.

SEGUNDA.- Continuar con las gestiones pertinentes para determinar a la brevedad posible la definición administrativa del Centro de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Conflicto con la Ley, como una Unidad Programática de la Caja Costarricense del Seguro Social.

A la Jefatura Médica de CAPEMCOL:

PRIMERA.- Proceder con la revisión *del Protocolo para la Ejecución de Órdenes de Aislamiento para la Policía Penitenciaria a persona sin alteración y/o enfermedad mental en CAPEMCOL* con los siguientes objetivos: para que contemple todos los procedimientos a seguir para la aplicación de todos los medios de coerción (sujeción) y/o aislamiento utilizados en CAPEMCOL y para todos los usuarios; cuáles medios de coerción (sujeción) podrán ser utilizados y bajo qué circunstancias; señalar cuáles son las y los funcionarios responsables de llevar a cabo dichos procedimientos, incluyendo personal de la CCSS y del MJP; indicar las formas de registro de los medios de coerción (sujeción) utilizados (expediente clínico, expediente judicial, reportes, registros, hojas de notificación, etc.); y regular el procedimiento de defensa para que el usuario recurra la resolución fundamentada que le aplica medidas precautorias.

SEGUNDA.- Proceder con la revisión y replanteamiento de la tabla de tiempos de aplicación de la Medida de Aislamiento, y establecer un procedimiento de revisión de las medidas de aislamiento aplicadas por cada turno de trabajo, inclusive por profesionales diferentes a quienes aplicaron la medida, o por un cuerpo colegiado, con el objetivo de salvaguardar la objetividad en la aplicación de la medida.

TERCERA.- Revisar y mejorar el formulario denominado *Reporte de Contención Mecánica y/o Aislamiento*, para que contenga información completa sobre el proceso de aislamiento, la identificación completa del personal que la aplica, lo regulado en el *Protocolo para la ejecución de órdenes de aislamiento para la Policía Penitenciaria a personas sin alteración y/o enfermedad mental en CAPEMCOL*, y la fecha y hora en que la medida se aplica, se prorroga y finaliza. Asimismo recomienda que dichos reportes se encuentren siempre debidamente completos y con toda la información necesaria, y que sea consistente el archivo de estos

Reportes tanto en los expedientes clínico y judicial, como en el control que se lleva en la supervisión de enfermería.

CUARTA.- Crear un archivo específico para un Registro General de Medidas de Contención Mecánica y/o Aislamiento, totalmente separado de las anotaciones y medidas que se hacen constar en el expediente clínico y judicial de la persona usuaria, que contenga al menos la siguiente información: fecha y horas de inicio y término de la medida; circunstancias por las que se aplica; razones para recurrir a dicha medida; nombre del médico que lo ordenó o la aprobó; nombre del enfermero que lo ordenó o la aprobó; si la persona usuaria sufrió heridas; contra qué funcionario se produjo la agresión.

QUINTA.- Prohibir la aplicación de las medidas de coerción y/o aislamiento en plazos superiores a las 8 horas. Tomando como base que cada turno de trabajo del personal del CAPEMCOL es de 8 horas, cuando el personal cambia de turno, el personal entrante deberá revisar la medida aplicada. Si por circunstancias excepcionales el riesgo no ha desaparecido después de 8 horas, un cuerpo colegiado de profesionales del CAPEMCOL deberá revisar la medida, quienes valorarán la pertinencia de continuar con la misma hasta un máximo de 24 horas. Para salvaguardar la objetividad en la aplicación de las medidas, en dicho cuerpo colegiado obligatoriamente deberá estar el Psiquiatra de turno, y no podrá estar el médico que aplicó la medida inicial.

SEXTA.- Prohibir el uso del cinturón con esposas en CAPEMCOL por ser una medida ilegítima, irregular, y de tal manera, contraria a derecho y violatoria de los derechos humanos de los usuarios a quienes les es aplicada.

Al Servicio de Psicología del CAPEMCOL:

ÚNICA.- Preparar de manera mensual, y sin excepciones, los Reportes sobre los Registros de Aislamiento, por la importancia de la información consignada en éstos y en protección de los derechos de los usuarios ubicados en CAPEMCOL.

A la Ministra de Justicia y Paz y a la Dirección de la Policía Penitenciaria:

PRIMERA.- Crear un perfil especializado de Policía Penitenciario para trabajar en el CAPEMCOL, y conformar formalmente el grupo de policía especializada de CAPEMCOL, con personas que tengan las aptitudes, actitudes, sensibilidad, vocación, control de impulsos, tolerancia y capacitación necesarias.

SEGUNDA.- Establecer un proceso de capacitación continua para el personal de policía penitenciaria que conformará el grupo de policía especializada de CAPEMCOL, y de ser conveniente coordinar dichos procesos con personal de la CCSS.

TERCERA.- Emitir un Protocolo de Funciones para el personal de la Policía Penitenciaria que labora en CAPEMCOL, considerando los principios de coordinación con el personal de la CCSS y el tipo de población privada de libertad que se ubica en dicho establecimiento.

CUARTA.- Incluir dentro de sus necesidades de Recurso Humano Policial, la solicitud de plazas para aumentar el número de Oficiales de Seguridad que brindan servicio en CAPEMCOL.

QUINTA.- Solicitar al Proceso de Gestión del Ambiente Laboral de la Dirección de Gestión Institucional, de Recursos Humanos, del Ministerio de Justicia y Paz que efectúe una visita al lugar y determine qué requerimientos se hacen necesarios para proveer al personal de adecuadas condiciones para consumir sus alimentos, tales como mesa de comedor, sillas e instrumentos para la preparación de alimentos, como ollas, platos, vasos.

SEXTA.- Analizar la situación del personal de seguridad que labora en el rol de 7 días de trabajo por 7 días descanso en CAPEMCO, que no recibe alimentación los fines de semana por cuanto la cocina de la Escuela Penitenciaria funciona en horario administrativo, para determinar si se realiza un cambio en los horarios del personal, o se le provee de alimentación a dichos funcionarios los fines de semana.

Con respecto a las recomendaciones emitidas, y en atención a lo dispuesto por el artículo 13 de la Ley N° 9204, Ley de Creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, el cual indica,

Todas las jerarquías de las instituciones públicas competentes se encuentran obligadas a acatar las recomendaciones emitidas por el Mecanismo Nacional de Prevención y a separarse de ellas únicamente mediante acto debidamente fundamentado; además, a entablar diálogo con dicho órgano para discutir la implementación de estas. Asimismo, tienen la obligación de informar y difundir dichas recomendaciones al personal subalterno.

Se les solicita atentamente la remisión de un informe en el que se indique cuáles medidas se adoptarán para dar cumplimiento a las recomendaciones emitidas por el Mecanismo Nacional de Prevención del Tortura, en un plazo de **Diez días hábiles** contados a partir del día siguiente de la recepción del presente documento.



Róger Víquez Gairaud
Coordinador

La investigación y el presente informe fueron realizados por,

Patricia Montero Villalobos

Esteban Vargas Ramírez

8. BIBLIOGRAFÍA.

8.1. Libros, manuales y publicaciones.

Abarca Rodríguez, Allan, *et. ál. Técnicas Cualitativas de Investigación*. 1era Edición. Editorial UCR. San José, Costa Rica, 2013

Asociación para la Prevención de la Tortura y Centro por la Justicia y Derecho Internacional. *La Tortura en el Derecho Internacional: Guía de Jurisprudencia*. APT-CEJIL. 2008.

Asociación para la Prevención de la Tortura e Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *El Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura: Manual para su Implementación*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica, 2010

Asociación para la Prevención de la Tortura y Reforma Penal Internacional. *Medios de Coerción: abordando factores de riesgo para prevenir la tortura y el maltrato*. Reforma Penal Internacional. 2013

Asociación para la Prevención de la Tortura y Reforma Penal Internacional. *Condiciones de trabajo del personal: abordando factores de riesgo para prevenir la tortura y el maltrato*. Reforma Penal Internacional. 2013

Asociación para la Prevención de la Tortura y Reforma Penal Internacional. *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*. Reforma Penal Internacional. 2013

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc 64. Diciembre de 2011.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos y Degradantes (CPT). *Normas del CPT*. Consejo de Europa. CPT/Inf/E (2002). 2010.

Echeburúa, Enrique. *Personalidades Violentas*. Ediciones Pirámide. 2009.

FEAFES Galicia. *¿Qué es una enfermedad mental?* Federación de Asociaciones de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia. Consultado en enero 2015. Disponible en: <http://www.feafesgalicia.org/>

Gisbert Aguilar, Cristina (Coordinadora). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios / 28, Madrid, 2003.

Høyer, Georg. *The use of restraints in Psychiatric Institutions*. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, Consejo de Europa. Estrasburgo, junio 2012. (Traducido por Natalia Acuña Naranjo, Traductora Oficial del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República de Costa Rica, Acuerdo Ejecutivo número DM-086-2010).

Joseph, Sara y otras. *Cómo hacer valer los derechos de las víctimas de la tortura: un manual sobre los procedimientos de presentación de denuncias individuales ante los órganos de Tratados de las Naciones Unidas*. Serie de Manuales de la OMCT, Vol. 4, Editor de la Serie: Boris Wijkström, 2006.

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. *Informe Especial sobre la Atención a las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley*. MNPT. Setiembre, 2014.

Naciones Unidas. *La Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/63/175. Informe Provisional presentado por el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la cuestión de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, Manfred Nowak. Consejo de Derechos Humanos. Julio 2008.

Naciones Unidas. *Informe del Relator Especial sobre la tortura, y otros tratos o penas crueles, inhumanos degradantes*. Juan Méndez. A/HRC/22/53. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Consejo de Derechos Humanos. Febrero de 2013

Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. OMS. Ginebra, Suiza. 2006

Trias Ferrer, Mónica y Trías Ferres Aina. *Respuesta del Estado a los Delitos Cometidos por personas con Discapacidad Cognitiva*. Fundación Justicia y Género, ILANU-Universitat Pompeu Fabra. San José, Costa Rica. 2014

Wehmeyer, Michael L. y otros. *El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano* (The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning). Traducción por Laura Gómez (Instituto Universitario de InRevista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 39 (3), Núm. 227, 2008.

8.2. Legislación, normas y jurisprudencia.

Asamblea Legislativa. Ley N° 8459, Aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Costa Rica, 2003.

Asamblea Legislativa. Ley N° 9204, Ley de Creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y de los Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Costa Rica, 2014.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los hermanos Gómez Paquiayauí Vs. Perú*. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C N° 110.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Raxcacó Reyes Vs. Guatemala*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 133, párr. 43.23;

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso García Asto y Ramírez Rojas Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2005. Serie C No. 137.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso López Álvarez Vs. Honduras*. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C No. 141.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2006, Serie C 150.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Boyce et al. Vs. Barbados*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2007. Serie C No. 169.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Vélez Looor Vs. Panamá*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010.

Naciones Unidas. *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*. Adoptadas en el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de junio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

Naciones Unidas. *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*. aprobada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984.

Naciones Unidas. *Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión*. Adoptado por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 43/173, del 9 de diciembre de 1988.

Naciones Unidas, Asamblea General. *Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Resolución 46/119. Diciembre de 1991.

Naciones Unidas. *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*. aprobado por la Asamblea General en su Resolución 57/199, de 18 de diciembre de 2002.

Naciones Unidas, Asamblea General. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. A/RES/61/106. 13 de diciembre de 2006.

Organización de Estados Americanos. *Convención Americana de Derechos Humanos*. Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos 1969.

Sala Constitucional. Resolución 02586-93, 8 de junio de 1993. Corte Suprema de Justicia. Costa Rica 1993.

Sala Constitucional. Resolución N° 2009-004555, 20 de marzo de 2009. Corte Suprema de Justicia, mediante. Costa Rica 2009.

8.3. Informes de resultados.

XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. *Protección de las Personas con Enfermedad Mental*. Zaragoza, España. 19 y 20 de junio de 2012.

XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. *Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad*. Brasilia, 4 a 6 de marzo de 2008.

8.4. Entrevistas.

Fumero Vargas, Georgina (Neuropsicóloga Clínica). Fundación MaxClamar y Fundación Justicia y Género. Entrevista personal. Realizada el 10 de diciembre de 2014, a las 14:30 horas. San José, Costa Rica. Entrevistadores: Patricia Montero Villalobos y Esteban Vargas Ramírez.

ANEXO N° 1

Informe de Inspección a las instalaciones del Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL).

Unidad de Arquitectura, Defensoría de los Habitantes
Arq. Angie Serrano Meneses

1. Ubicación.

- El Centro se ubica en el sector de la Uruca, en San José.



2. Objetivo.

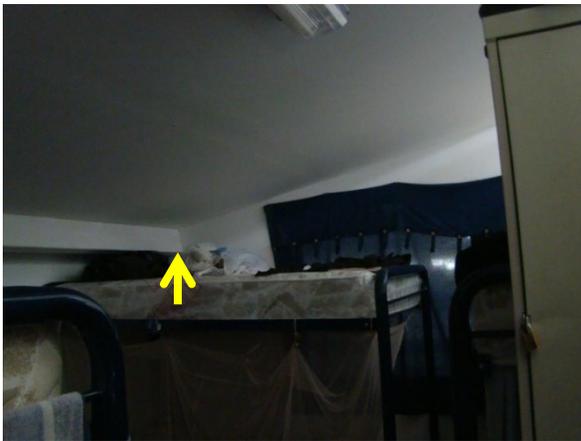
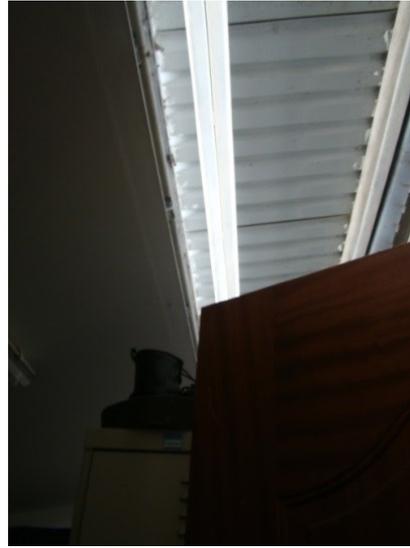
Realizar un informe del recorrido de las instalaciones del Centro, para verificar las condiciones en que laboran las y los funcionarios de la Policía Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Paz que trabajan en este sector.

3. Análisis de las Instalaciones.

- El 12 de enero del 2015 se realizó una inspección en las instalaciones del Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley.
- Al llegar al Centro se contó con el acompañamiento del Administrador del establecimiento, para hacer el recorrido por las instalaciones.

- El espacio donde se ubica el Centro es una estructura de bodega grande con naves que tienen un salón amplio con división de pasillos con malla electro soldada entre el espacio donde está el personal de atención y los pacientes del centro.
- El espacio donde descansan las y los oficiales de seguridad del Centro, se ve un espacio con vista directa al sector de pacientes.
- El área de ingreso tiene unos casilleros lo que obstruye la entrada en el primer nivel próximo al baño. Esto reduce a 50 cm la entrada.
- El dormitorio se ubica en un segundo nivel, con escaleras angostas que apenas permiten el ingreso de una persona.





- El baño para uso de los oficiales no cuenta con la instalación eléctrica adecuada en el calentador de agua.





- El espacio cuenta con un sistema de aislante térmico lo que ayuda a que todo el espacio del Centro no se caliente.
- Comedor de las y los Funcionarios del CCSS: cuenta con un espacio interno con una pila, refrigeradora, mesa amplia y estantes para utensilios de cocina, así como una salida a un sector de jardín con sillas y mesas al aire libre.





4. Comedor del Personal de la Policía Penitenciaria.

- Éste se ubica en otro sector del establecimiento. Según se indicó, los mismos oficiales solicitaron un espacio de comedor aparte para ellos, ya que aducen que es por tener diferentes horarios. Sin embargo el espacio no cuenta con las condiciones de mobiliario e infraestructura adecuadas para las y los oficiales.





- El Cielo suspendido está muy deteriorado, al igual que las lámparas fluorescentes.
- Los colores del lugar no ayudan a que el espacio se vea más ordenado.



5. Conclusiones y Recomendaciones.

- Los espacios de descanso del personal de seguridad están muy limitados, por el mobiliario con que cuentan en el área asignada a los funcionarios, ya que actualmente tienen camarotes, que son los que tienen disponibles y no se aprovecha el espacio. Se sugiere aislar mejor la zona de descanso del ruido con doble vidrio en la ventana existente.
- Reubicar el espacio de casilleros para dejar libre de obstáculos el ingreso.
- El comedor que tienen asignado las y los oficiales de seguridad no cuenta con el equipamiento necesario, a pesar de que los mismos oficiales se han encargado de irlo equipando. Sin embargo se necesitan mejores condiciones físicas, ya que se tienen cielos deteriorados, tomacorrientes y lámparas deteriorados
- Se recomienda mejorar las condiciones del espacio del comedor del espacio de seguridad. El comedor de las y los funcionarios de la CCSS es amplio y cuenta con espacios al aire libre cercanos que se podrían utilizar coordinando mejor los horarios de comida entre todo el personal, asignando espacios para almacenar los alimentos de forma adecuada.



- Si no se puede coordinar con el personal de la CCSS, se puede utilizar el mismo espacio que se está usando actualmente, pero se recomienda remodelar el espacio existente con un mobiliario de cocina adecuado que luego se pueda trasladar a otro sector, si la institución así lo requiere, para mejorar las condiciones para las y los oficiales en sus jornadas laborales.

- En el recorrido de inspección se indicó que se van a realizar una serie de remodelaciones que incluía el área de ingreso a la zona de descanso, por lo que se recomienda solicitar el cronograma de los trabajos a realizar y los alcances de las remodelaciones del espacio, a fin de mejorar las condiciones de las y los oficiales de seguridad.

Es todo. 12 de enero de 2015.



Arq. Angie Serrano Meneses
Unidad de Arquitectura, Defensoría de los Habitantes