

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE ELCHE



GRADO EN DERECHO

TRABAJO FIN DE GRADO

**DE LAS PENAS Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. LA PÉRDIDA
DEL SENTIDO DE LA PENA. SU APLICACIÓN EN EL SISTEMA
PENITENCIARIO ESPAÑOL**

ALUMNO: ÓSCAR PRIETO SANROMÁN

TUTOR: RAPHAEL R. SIMONS VALLEJO

CURSO ACADÉMICO 2022/2023. JUNIO 2023



CONTENIDO

ABREVIATURAS	6
INTRODUCCIÓN.....	8
DEL IUS PUNIENDI Y DEL SENTIDO DE LA PENA.....	10
DE LAS PENAS Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD	12
LA PENA. CONCEPTO. CLASES. LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD.....	12
LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. CLASES. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD.....	15
DEL SISTEMA PENITENCIARIO Y DE LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS Y MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD.....	18
BREVE EVOLUCIÓN HISTORICA DEL SISTEMA PENITENCIARIO.....	18
DE LA EJECUCIÓN PENAL. LAS PPL Y LAS MS.....	21
ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS. HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y UNIDADES PSIQUIATRICAS.....	22
ESPECIALES DIFERENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS Y DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.....	27
DE LA IMPUTABILIDAD.....	31
DE LA IMPUTABILIDAD O INIMPUTABILIDAD.....	31
DE LA EXIMENTE COMPLETA A LA INCOMPLETA	34
DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN CAUSAR UNA ALTERACIÓN PSIQUICA CON INCIDENCIA EN LA IMPUTABILIDAD.....	35
DE LA ENFERMEDAD MENTAL SOBREVENIDA. ART. 60 CP. IMPORTANCIA DEL MOMENTO TEMPORAL DE APRECIACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL.	36
DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA POSIBILITAR LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 60 CP.....	41
DEL PAPEL DEL JUEZ DE VIGILANCIA.....	41
DE LA ALTERNATIVA. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ENFERMOS MENTALES (PAIEM).....	43

CONCLUSIONES	45
PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA	45
LA FALTA DE RECURSOS PERSONALES	46
LA FALTA DE RECURSOS MATERIALES	47
EL INCUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	49
LA REALIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA PAIEM.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
NORMATIVA.....	57
SENTENCIAS.....	58
TRIBUNAL CONSTITUCIONAL	58
TRIBUNAL SUPREMO.....	58
ANEXOS.....	59
ANEXO I INSTRUCCIÓN 2-2020 “PROCEDIMIENTO PARA POSIBILITAR LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 60 DEL CÓDIGO PENAL” ..	59

ABREVIATURAS

“AP” Audiencia Provincial

“CE” Constitución Española

“CIS” Centro de Inserción Social

“CP” Código Penal

“DP” Derecho Penal

“HPPA/S” Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante / Sevilla

“JVP” Juez de Vigilancia Penitenciaria

“MS” Medida de Seguridad

“PPL” Pena Privativa de Libertad

“LECRIM” Ley de Enjuiciamiento Criminal

“LO” Ley Orgánica

“LOGP” Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria

“ONU” Organización de las Naciones Unidas

“SGIIPP” Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

“RD” Real Decreto

“RP” Reglamento Penitenciario

“ST” Sistema Penitenciario

“STC” Sentencia del Tribunal Constitucional”

“STS” Sentencia del Tribunal Supremo”

“SS” Siguietes

“TC” Tribunal Constitucional”

“TS” Tribunal Supremo”

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de abordar la problemática que supone la enfermedad mental en el Derecho Penal (en adelante, DP), en tanto en cuanto quienes la padecen, al igual que cualquier persona, pueden cometer unos hechos ilícitos que, por su gravedad, nuestro ordenamiento jurídico haya tipificado como delito. Si bien, habrá que discernir en cada caso concreto, cuanta relación guarda la alteración psíquica que padece el sujeto, con la comisión del hecho delictivo.

Este discernimiento será clave para abordar las consecuencias que se deriven de los hechos, ya que nuestro ordenamiento jurídico; diferencia el sujeto que es considerado imputable (entendido como la capacidad que tiene el sujeto de comprender la ilicitud del hecho realizado y de comportarse conforme a ese entendimiento)¹, del que es considerado inimputable. Lo contrario sería incongruente con nuestro sistema penal, ya que la persona que padece un trastorno mental, y por ello, no es consciente, o no tiene la capacidad para conocer de la ilicitud de una acción o actuar conforme a la misma, no debe ser condenada a cumplir una pena privativa de libertad de la cual no conocerá su sentido o finalidad, vulnerándose por tanto con ello el mandato de nuestro constituyente del art. 25.2 de nuestra carta magna, y los principios informadores de nuestro sistema penal y penitenciario.²

Por ello ahondaremos en las circunstancias que pueden modificar la responsabilidad criminal. Desde aquellas que eximen completamente al sujeto activo de responder penalmente de unos hechos constitutivos de delito, hasta aquellas que, si bien no alcanzan la entidad suficiente para eximirlo, son tenidas en cuenta por el juzgador a la hora de graduar la pena, considerando con ello una atenuación en cuanto a la misma. Si bien, aunque existen otros supuestos,

¹ Véase la STS 3397/2019 ponente Vicente Magro Servet.

² Para poder profundizar respecto a estos principios, el lector puede consultar el manual Puig, S. M. (2015). *Derecho Penal. Parte General 10ª Edición*. Reppertor.

el enfoque que daremos a este apartado será desde la perspectiva de la alteración psíquica, concretamente por la presencia de enfermedad mental.

Además, aprovecharemos este trabajo para acercar al lector a nuestro sistema penitenciario español, realizando una visión global tanto de su organización en conjunto, como de su funcionamiento interno, en especial, respecto a su diferenciación entre los Centros Penitenciarios ordinarios, los cuales tienen como finalidad ofrecer un espacio de convivencia adecuado para que las personas privadas de libertad alcancen a través del tratamiento penitenciario, el objetivo de reeducación y reinserción, de los Centros Penitenciarios especiales, concretamente los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, donde predomina la función asistencial, mediante un proceso de rehabilitación de la persona a la que se ha impuesto una medida de seguridad privativa de libertad.

Además, se analizará lo dispuesto en el art. 60 del Código Penal (en adelante, CP), relativo a la suspensión de la ejecución del resto de la pena, así como la importancia en la actuación por parte de los profesionales de la Administración Penitenciaria, y el papel de la figura del Juez de Vigilancia Penitenciaria (en adelante, JVP), en tanto en cuanto es el órgano judicial competente para apreciar si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena, y en su caso, suspender la ejecución imponiendo, en su caso, las medidas de seguridad que estime necesarias.

Para finalizar, se realizará una reflexión de la problemática situación actual a la que debe enfrentarse la Administración Penitenciaria, donde, por un lado, se ha producido un aumento en relación con las personas privadas de libertad que padecen algún trastorno mental, mientras que, de otro lado, los recursos materiales son inadecuados, y los humanos insuficientes.

DEL IUS PUNIENDI Y DEL SENTIDO DE LA PENA

Cuando hablamos de DP, una de las posibles definiciones que podemos encontrar, desde una concepción amplia, es aquella que lo define como la rama del Derecho Público, que se fundamenta en la necesaria tutela de bienes jurídicos, que, por su relevancia, nuestro ordenamiento jurídico protege; por ello, trata de regular aquellos hechos que, o bien los lesionan, o los ponen en una situación de riesgo. Estos injustos, son los que el DP tipifica como delitos, y, es a la consecuencia jurídica que deriva de estos, a lo que denomina como penas o medidas. Ahora bien, esta exigua concepción, que nos sirve para adentrarnos en este trabajo de fin de grado, no es sino una ligerísima aproximación, ya que el DP no se compone únicamente por normas en sentido estricto -ya sean estas primeras o de conducta, dirigidas a la ciudadanía, o secundarias o de sanción, dirigidas al juzgador-, sino que también por una serie de valores y principios que lo fundamentan y delimitan. Todo este entramado jurídico, en su conjunto, conforma un todo, es decir, el DP.

Además, el propio concepto varía dependiendo del ángulo o realidad desde el cual sea observado. De esta manera, el DP puede ser analizado en sentido positivo, subjetivo, formal o material.³

Cabe destacar que si bien desde una perspectiva formal, nos referimos al conjunto de normas positivas que integran esta rama del Derecho, es decir, el “*ius poenale*”, desde una perspectiva subjetiva, nos referimos a la facultad o potestad que tiene el Estado, para imponer la consecuencia jurídica ante quién infringen las normas positivas, es decir, el “*ius puniendi*”.³

Si bien la imposición de un castigo por el Estado, como medio de control social, no es un elemento exclusivo del DP, ya que, por ejemplo, el Derecho Administrativo también regula la sanción como un castigo, pero tal y como recoge Claus Roxin, son la pena y la medida el punto de referencia común a los delitos,

³ Miró Llinares, F., & Simons Vallejo, R. (2019). *Materiales Docentes para la Asignatura de Derecho Penal I*.

lo que significa que el DP en sentido formal es definido por sus sanciones, la pena y la medida. Si un precepto pertenece al DP no es porque regule normativamente la infracción de mandatos o prohibiciones —pues eso lo hacen también múltiples preceptos civiles o administrativos—, sino porque esa infracción es sancionada mediante penas o medidas de seguridad.⁴

Y, además, es la gravedad misma de la infracción, que lesiona o pone en riesgo los bienes jurídicos más importantes, lo que conlleva que el reproche sea proporcional a su gravedad, dando por tanto una consecuencia jurídica más grave. El profesor Mir Puig, añade que el DP ha de limitarse a ofrecer el último recurso *-última ratio-* para cuando los demás medios de control social, jurídicos o no, resultan insuficientes.⁵

Como vemos, el Estado tiene garantizado el monopolio del “*ius puniendi*”, pero obviamente esta facultad no es omnímoda, ya que lejos queda su consideración “como una potestad de corrección moral indeterminada infligida por el vicario de Dios para el gobierno humano que era el Rey”⁶ sino que en un Estado de Derecho se encuentra limitado su ejercicio por una serie de garantías y principios informadores que para salvaguarda de los ciudadanos acompañan a la imposición de éstas. Principios como el de legalidad, proporcionalidad, culpabilidad, de exclusiva protección de bienes jurídicos, el *ne bis in idem*, o la presunción de inocencia. Los cuales, por razones de extensión, que no de importancia, no serán desarrollados en este trabajo.⁴

⁴ Roxin, C. (2015). *Parte General. Tomo I: Fundamentos. La Estructura de la Teoría del Delito*. Thomson Reuters.

⁵ Puig, S. M. (2015). *Derecho Penal. Parte General 10ª Edición*. Reppertor.

⁶ Administrativa, D., Antonio, J., & Amado, G. (s/f). *Sobre el ius puniendi: su fundamento, sus manifestaciones y sus límites*. Inap.es. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://revistasonline.inap.es/index.php/DA/article/download/9600/9601/10872>

DE LAS PENAS Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

LA PENA. CONCEPTO. CLASES. LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD

La Pena es sin duda la sanción que tradicionalmente ha definido al DP, y sigue siendo por su preponderancia, su arma fundamental.

Cuando hablamos de pena, independientemente de cuál sea la función con la que se pretenda dotar o fundamentar su imposición -retribución, prevención, etc.- es obvio que nos estamos refiriendo a la imposición de un mal, pero de un mal necesario y legitimado por la sociedad.

El profesor Quintano Ripollés, en su “Compendio de Derecho penal”, la entiende de la siguiente manera, *“la pena es la privación de un bien, impuesta en virtud de un proceso al responsable de una infracción prevista por la ley”*⁷

Ahora bien, la pena abarca un conjunto de males que, atendiendo a la parcela o ámbito de la actividad humana sobre la cual recaen, se puede distinguir a su vez entre penas privativas de libertad (en adelante, PPL), penas restrictivas de libertad, y penas privativas de derechos.

Las PPL son aquellas que limitan de una manera absoluta la libertad de movimientos del penado. El ejemplo más clarificador es la pena de prisión, mediante la cual se priva al penado de su libertad ambulatoria, quien la padece -o mejor dicho, la cumple-, no podrá ejercer su derecho fundamental a la libertad de movimiento, contenido en el art.17 de la Constitución Española (en adelante CE), el cual establece que *“los españoles tienen derecho a elegir libremente su residencia y a circular por el territorio nacional (...) Este derecho no podrá ser limitado por motivos políticos o ideológicos”*. Cumplimiento que como veremos, llevará a cabo en un Centro Penitenciario, no pudiendo salir del recinto del establecimiento penitenciario salvo por motivos tasados como son motivos de carácter procesal (acudir ante la autoridad judicial cuando esta lo requiera), de carácter sanitario (cuando sea necesaria su excarcelación para acudir a un

⁷ Quintano Ripollés, A. (1958). *Compendio de Derecho Penal*. Revista de Derecho Privado.

establecimiento sanitario extra penitenciario), o de carácter tratamental (cuando se conceda un permiso de salida ordinario como parte de su tratamiento, o cuando acude a alguna salida programada con la misma finalidad), o incluso por motivos de carácter humanitario (cuando se concede un permiso de salida extraordinario en caso de fallecimiento, enfermedad grave, alumbramiento y otros motivos similares que le afecten en su esfera más personal).

Por otro lado, las penas restrictivas de libertad son aquellas que, si bien también afectan a la esfera de la libertad del penado, éstas penas se limitan a restringir determinadas manifestaciones del derecho fundamental del art.17, en relación a concretos movimientos, espacios o lugares, por lo que afectan a la libertad del penado de forma relativa. Un ejemplo sería la prohibición de residir en determinados lugares, o incluso de acudir a ellos.

Por último, las penas privativas de otros derechos son aquellas que privan al penado del ejercicio de un derecho concreto. Como por ejemplo la inhabilitación para ejercer un cargo público, la privación del permiso de conducir o incluso una multa pecuniaria, ya que en la misma se produce la privación de un derecho, en este caso de naturaleza económica.

Nuestro CP, en su art. 32 establece la clasificación diferenciando entre PPL, penas privativas de otros derechos, y pena de multa. Subsumiendo las penas que restringen la libertad dentro de la clasificación de las penas privativas de otros derechos.

Además, en su art. 33 CP nos ofrece otra forma de clasificar a las penas, esta vez con arreglo a su gravedad, de forma que establece un marco punitivo en proporcionalidad a la gravedad del hecho delictivo, clasificando las penas como; penas graves, menos graves y leves. En la actualidad lejos queda la reforma introducida por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del CP, mediante la cual se modificaba la clasificación existente de penas y faltas como consecuencia jurídica del delito, eliminando a estas últimas, pero manteniendo su clasificación

tripartita, distinguiendo ahora como única consecuencia jurídica del delito, a la pena. Si bien, como decimos, la clasificación tripartita que permanece en la actualidad diferencia entre:

- delitos graves (que son aquellos a los que la Ley atribuye una pena grave),
- delitos menos graves (que son aquellos a los que la Ley atribuye una pena menos grave),
- y delitos leves (que, como las antiguas faltas, son aquellos a los que la Ley atribuye una pena leve).

Aunque con esta modificación se pretendió despenalizar ciertas infracciones, pasando a ser competencia de otras jurisdicciones como la Civil o la Contencioso Administrativa, lo cierto es que gran parte de las antes consideradas faltas, han pasado a considerarse como delitos leves. Con lo que ello conlleva en cuanto a las consecuencias jurídicas de las penas, como por ejemplo en materia de antecedentes penales.

Además, y siguiendo lo expuesto por el profesor Raphael Simons, en cuanto a la clasificación y graduación de los delitos, existen implicaciones de gran calado que deben ser destacadas en este trabajo, y ello es respecto a la diferenciación entre delitos graves y menos graves, por un lado, y delitos leves, por otro. Ya que será sobre las dos primeras será sobre las cuales el juzgador podrá imputar al delito, como hecho, la pena de prisión, como consecuencia jurídica. De esta forma, los delitos leves sólo pueden resultar sancionados con alguna de las penas leves contempladas en el art. 33.4 CP, entre las que, como indicamos, no se encuentra la pena de prisión.⁸

⁸ Simons Vallejo. R, R. (2021-2022). *apuntes sobre aspectos jurídicos, en el máster universitario oficial en Intervención Criminológica y Victimológica. Curso académico 2021/2022.*

LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. CLASES. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD.

Las medidas de seguridad (en adelante MS), son, como hemos visto, la otra cara de la moneda que es lanzada al aire como consecuencia de la comisión del injusto por el sujeto activo. Es decir, que la consecuencia jurídica del hecho delictivo dependerá, según las características personales del sujeto, materializándose en una pena en caso de ser imputable, o en una MS, en el caso de que se aprecie la inimputabilidad del sujeto.

Valga adelantar, antes de entrar en consideraciones sobre las MMSS, que estas y su regulación constituyen una parcela del derecho que ha generado abundante bibliografía, y ello es debido a que, en los últimos años, se han producido importantes cambios respecto a ellas, especialmente con la entrada en vigor de nuestro actual Código Penal de 1995 y sus posteriores reformas.

Son numerosos aquellos que se han atrevido a formular una definición de DP, el propio Franz von Liszt la formulo hace ya más de un siglo de la siguiente manera;

*“Derecho penal es el conjunto de reglas jurídicas establecidas por el Estado, que asocian el delito, como supuesto de hecho, a la pena, como legítima consecuencia”*⁹

Esta definición, aunque sirvió de base para definiciones posteriores, podemos observar que no se ajusta a lo que hoy día entendemos como DP, y ello es debido a que sólo contempla como consecuencia jurídica del delito, a la pena, obviando a las MS, como la alternativa a la pena para aquellos sujetos en quienes concurren sus requisitos.

Las MS se diferencian en cuanto a su naturaleza de las penas, ya que, si bien estas últimas constituyen la amenaza de un mal como consecuencia inmediata a aquellas conductas tipificadas como delito, en cambio, las MS persiguen mediante una naturaleza de carácter asistencial, evitar que un sujeto peligroso llegue a cometer estos hechos delictivos. La medida, por tanto, tiene una doble

⁹ Von Listz, F. (1999). *Tratado de Derecho Penal*. Editorial Reus.

finalidad, de un lado, tiene una finalidad evitativa, respecto de que se cometa el delito, así como de otro lado, una finalidad asegurativa, frente a quién ha demostrado, con el delito, ser peligroso. Es por tanto su objeto proteger a los sujetos a los que se impone la MS, así como a las víctimas de estos.

Ahora bien, nuestro ordenamiento jurídico¹⁰ ha descartado las medidas predelictuales que antes eran admitidas por la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, y continuada en la Ley de Peligrosidad Social de 4 de agosto de 1970 de la época franquista, y sólo son admitidas aquellas MMSS de carácter postdelictual.

El profesor Mir Puig defiende que estas medidas no se imponen como reacción frente al delito cometido, sino para evitar otros en el futuro, pero que se entiende que la peligrosidad del sujeto sólo queda suficientemente comprobada cuando el mismo ya ha cometido un delito.¹¹ Es el delito anterior considerado como prueba *sine qua nom* de que el enfermo mental encierra suficiente peligrosidad criminal para cometer nuevos hechos delictivos. La cuestión central es, por tanto, la conducta futura. Siendo la peligrosidad un concepto prospectivo.¹²

En esta misma línea se articula nuestro CP, ya que en su art. 6.1CP establece que dichas MMSS “*se fundamentan en la peligrosidad del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito*”.

Por tanto, para la imposición de una MS deben darse dos requisitos, primero, la comisión del hecho delictivo por quién es considerado inimputable, y, segundo,

¹⁰ Mediante apartado 1, letra c) de la disposición derogatoria única del CP 1995.

¹¹ Puig, SM (2019). *Fundamentos de Derecho penal y teoría del delito*, pág. 13 _ Editorial Reppertor.

¹² Rodríguez, E. E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica. *Psicología Clínica Legal y Forense*, 3(nº2), 45–64.

de que de quién lo cometa, pueda deducirse un pronóstico futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

A ello se refiere el art. 95 CP;

“Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:

- 1. Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.*
- 2. Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.”*

Estas MMSS vienen recogidas en el propio texto del CP, diferenciándose principalmente en dos grandes grupos, aquellas que suponen una privación de libertad, y aquellas que, por el contrario, no conllevan una privación de libertad.

El art. 96. 2 CP recoge las MMSS privativas de libertad, las cuales son:

- “1.ª El internamiento en centro psiquiátrico.*
- 2.ª El internamiento en centro de deshabitación.*
- 3.ª El internamiento en centro educativo especial.”*

Mientras que el art. 96.3 CP recoge las restantes medidas, las cuales no son privativas de libertad, que son:

- “1.ª) La inhabilitación profesional.*
- 2.ª) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.*
- 3.ª) La libertad vigilada*
- 4.ª) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá*

en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

5.ª) *La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.*

6.ª) *La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.”*

De esta forma, las MMSS son aquellas consecuencias jurídicas derivadas del hecho delictivo, que se imponen, no en función de su culpabilidad, sino en base a lo que la doctrina denomina “*estado de peligrosidad criminal*”, el cual se manifiesta una vez es cometido el delito.⁸

Este matiz es importante, ya que su objetivo no es la retribución por el mal causado sino evitar que el sujeto vuelva a delinquir. Es decir, tienen una finalidad preventivo-especial, centrada en la corrección y rehabilitación del reo.¹³

DEL SISTEMA PENITENCIARIO Y DE LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS Y MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD.

BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA PENITENCIARIO

El Derecho penitenciario puede ser considerado como una rama del Derecho relativamente moderna, el cual tiene como origen la propia evolución de las penas y por tanto del DP.

Aunque es difícil encontrar un antecedente remoto que pueda considerarse como el origen de las PPL, sí que podemos observar a través del estudio de las sociedades y de sus leyes, que cuando se adquiría cierto grado de evolución o sofisticación en la ejecución penal, se recurría a ella.¹⁴

De esta evolución en la ejecución de las penas, surge la necesidad de regular un sistema penitenciario (en adelante, SP) que sea capaz de cumplir con la

¹³ García Ortiz, AM (2021). *Los trastornos mentales en el medio penitenciario: situación actual y propuestas de mejora*. Revista de estudios penitenciarios nº263

¹⁴ Martín, SV (2017). Historia del derecho penitenciario español. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 70 (1), 387–444. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6930589>

finalidad -que dependerá de cada sociedad- que su ordenamiento jurídico le haya asignado a la pena.

Por tanto, el presidio o la prisión, pasa de ser un instrumento para mantener retenidos y custodiados a aquellos sujetos que debían ser juzgados por cometer alguna infracción, a ser un elemento fundamental en la ejecución de las penas.

Luis Gargallo Vaamonde asocia como origen del SP con la abolición del Antiguo Régimen y la creación del Estado liberal, donde la PPL pasa a ocupar un lugar central en el sistema de instituciones de control y castigo, mientras que las penas corporales y también la pena de muerte eran desplazadas a su periferia.¹⁵

Si bien, el verdadero movimiento penitenciario, en el cual se centra como interés de este la situación de los reclusos, no comienza a adquirir firmeza hasta ya comenzado el siglo XIX, donde juegan un papel destacado los Congresos Penitenciarios internacionales, auténticos artífices de importantes objetivos hoy plenamente asentados, como la sistematización de sus normas en un cuerpo único, o la creación del juez de ejecución de penas.¹⁶ En nuestro ordenamiento jurídico, la figura de este órgano judicial es creada *ex novo* mediante la aprobación de la LO 1/1979, de 26 de diciembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP), bajo la denominación de JVP.

Desarrollo que quedó culminado mediante los importantes avances conseguidos en esta materia por parte de organizaciones internacionales como es el caso de la ONU, cuya asamblea aprobó en 1955 un conjunto de recomendaciones en materia penitenciaria, conocidas como "*Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*", en las cuales se constituían una serie de estándares mínimos universalmente reconocidos que guiaban la propia actividad penitenciaria y el tratamiento de las personas privadas de libertad. Este conjunto de recomendaciones, ha tenido un inmenso valor e influencia en la política y

¹⁵ Vaamonde, L. G. (2013). *El siglo de los castigos: prisión y formas carcelarias en la España del siglo XX*.

¹⁶ Donderis, CV (2022). *Derecho Penitenciario 5a Edición 2022*

desarrollo legislativo de sus Estados Miembros, dando como resultado en España la aprobación de la antes citada, LOGP. Estas recomendaciones han sido examinadas y revisadas periódicamente para ser actualizadas a las necesidades cambiantes que surgen junto con los avances sociales y democráticos. La última revisión data del año 2015, año en el cual se cambió su denominación pasando a conocerse como “*Reglas Nelson Mandela*”.¹⁷

De esta forma, el sistema penal y junto a este el SP, necesitaba adaptarse a las nuevas corrientes europeas e internacionales que abogaban por una reforma en cuanto a las garantías en la ejecución de las penas, y en cuanto a la institución que debía ser la garante a su vez de esta ejecución.

En la materia penitenciaria, el legislador fue notablemente sensible, lo cual era lógico ya que España se encontraba inmersa en un proceso de transición democrática dando el paso, de un sistema dictatorial en el cual el concepto de recluso iba más allá de los delitos generales, englobándose delitos ideológicos y políticos necesarios para mantener ese Estado represor. Vicente Martínez destaca que “*La existencia de presos políticos era la prueba más palpable de la represión y la ausencia de libertades que se daban en España*”.¹⁸ A un sistema democrático basado en un conjunto de principios y garantías que devolverían a España a su concepción como un auténtico Estado de Derecho. Prueba de ello es que, la LOGP, en el día de su votación, que necesitaba mayoría absoluta, obtuvo 284 votos favorables, ninguno en contra y dos abstenciones.¹⁹ Quizás esta sensibilización guarde relación con que un gran número de diputados

¹⁷ (2015). Unodc.org. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

¹⁸ Vicente Martínez, R. de. (2019). La Ley Orgánica Penitenciaria 40 años después. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1, 127–153. <https://doi.org/10.53054/adpcp.v72i1.1248>

¹⁹ País, E. (1979, 24 de julio). *La ley General Penitenciaria contó con la aprobación unánime del Congreso*. Ediciones EL PAÍS SL https://elpais.com/diario/1979/07/25/espana/301701613_850215.html

habían padecido en su propia piel los estragos de un sistema penitenciario autoritario y represivo.

No sabremos hasta qué punto esta sensibilidad influyó a su vez en los trabajos legislativos, pero se puede afirmar que la LOGP fue transgresora en cuanto a las garantías de las personas privadas de libertad, marcando un hito en la historia penitenciaria. Prueba de ello es que, desde su aprobación, continúa vigente con apenas modificaciones -como la acontecida mediante la Ley Orgánica 7/2021 que supuso la inclusión del art. 15 bis sobre el tratamiento de los datos de carácter personal- perdurando después de pasados más de 40 años. Si bien, cada vez son más las voces que critican que con el paso del tiempo sus disposiciones han quedado en gran medida desfasadas y abogan por una reforma que adecue su contenido a la actual realidad social y al cada vez más cambiado CP.

A continuación, trataremos de abordar los siguientes puntos del Trabajo de Fin de Grado en base a esta LOGP y a su posterior desarrollo reglamentario mediante la aprobación del Reglamento Penitenciario (en adelante, RP) por RD 1201/1981, de 8 de mayo. El cual ha sido derogado en la mayoría de su articulado mediante la aprobación por RD 190/1996, de 9 de febrero del nuevo RP en consonancia con la necesidad de adaptar el mismo a la nueva reforma penal mediante la aprobación del actual CP de 1995.

DE LA EJECUCIÓN PENAL. LAS PPL Y LAS MS

La LOGP en su art. 1, en paralelo con lo dispuesto en el art. 2 del RP de 1996, establece los fines de la actividad penitenciaria, que no es otra que, la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y MMSS privativas de libertad, así como la retención y custodia de los detenidos, presos y penados y la asistencia social de los internos, liberados y de sus familiares.

De esta forma, si analizamos sus fines, podemos observar que además de la característica esencial de retención y custodia, se cumple con el mandato del constituyente del art. 25.2 CE de la reeducación y reinserción social. Si bien, no es en estos artículos donde podremos observar la diferente finalidad

dependiendo de si la persona privada de libertad es debido a una condena mediante sentencia firme donde se le impone el cumplimiento de una PPL, o si se trata de un sujeto, que, debido a su situación de inimputabilidad, ha sido condenado al cumplimiento de una MS, en este caso, también privativa de libertad.

Ello es debido a que, en ese momento, las MMSS no habían tenido una atención importante ni una significativa repercusión en el ámbito de la ejecución penitenciaria, debido principalmente a la ausencia del elemento retributivo que en parte sí que está presente en la PPL.

Es con la entrada en vigor del RD 840/2011 que desarrolla la reforma obrada por la LO 5/2010, donde se atribuye expresamente a la Administración Penitenciaria, en sus artículos 21 y 22, la competencia expresa para la ejecución de las MMSS privativas de libertad consistentes en el internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria.

Gracias a ello, se adquiere expresamente por parte de la Administración Penitenciaria el deber de garantizar la correcta ejecución de estas MMSS privativas de libertad, cuyo fin asistencial requiere de otros elementos, tanto personales como materiales.

ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS. HOSPITALES PSIQUIATRICOS Y UNIDADES PSIQUIATRICAS.

El art. 7 LOGP realiza una primera clasificación en cuanto a los tipos de establecimientos penitenciarios, diferenciando entre los destinados a preventivos, los destinados al cumplimiento de penas y, a los que denomina, “establecimientos especiales” destinados para el cumplimiento de las MMSS privativas de libertad.

Por su parte, el concepto de establecimiento penitenciario que nos ofrece el art. 10 RP de 1996 es de marcado carácter funcional y arquitectónico, ya que lo definen como “una entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia” formada a su vez por unidades, módulos y departamentos que faciliten la distribución y separación de los internos. Todo ello en base al

denominado Principio Celular, que se traduce en la regla general de que cada interno disponga de una celda individual.

Podríamos entender que esta definición genérica, traza de manera general como se debe estructurar todo establecimiento penitenciario ordinario, pero es en el art. 11 LOGP donde se profundiza en lo que anteriormente se ha considerado como establecimientos especiales, recogiendo que es en estos establecimientos donde prevalece el carácter asistencial y se podrá diferenciar a su vez en Centros hospitalarios, Centros Psiquiátricos y Centros de Rehabilitación Social, para la ejecución de la consecuencia impuesta al delito cometido, de conformidad con la legislación vigente en esta materia.

Además, el art. 12 RP en busca de mejorar la eficiencia y poder dotar a un mismo establecimiento o ente arquitectónico de los recursos necesarios para cumplir sus diferentes fines, recoge la figura de los “*establecimientos penitenciarios polivalentes*”. Que como veremos, permiten albergar personas privadas de libertad en diferentes situaciones procesales, y de clasificación penitenciaria sin romper con las necesidades de separación interior de los establecimientos penitenciarios.

Si bien, y volviendo al caso anterior, el legislador aunque quería, de manera acertada, recoger en la normativa penitenciaria estos establecimientos penitenciarios de carácter especial, la realidad actual es que los Centros hospitalarios generales, fueron cerrados por su ineficacia, ya que no era factible trasladar a las personas privadas de libertad que padecieran alguna enfermedad a sus instalaciones, derivándose, más acertadamente, a los hospitales de referencia más cercanos al establecimiento ordinario donde estuviera cumpliendo la pena. Con instalaciones adecuadas que permitieran la asistencia sanitaria a las personas privadas de libertad existían pocos Centros Penitenciarios, como principal referencia se encontraba el Hospital General Penitenciario de Carabanchel en Madrid, y, obviamente, era inviable trasladar a personas de otras Comunidades Autónomas en casos de urgencia o necesidad perentoria.

Ahora bien, en la actualidad, en España, siguen existiendo dos hospitales, en este caso psiquiátricos, dependientes del Ministerio del Interior. Estos hospitales psiquiátricos penitenciarios se encuentran en Alicante y Sevilla (en adelante, HPPA y HPPS respectivamente) -en Cataluña existe también una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria en el recinto de Brians 1²⁰-, los cuales son destinados para el cumplimiento de las MS que sean impuestas en todo el territorio nacional.

En este sentido, el art. 183 del RP recoge que será en los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias donde se destine el cumplimiento de las MS privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes. Pero esta redacción es algo confusa, ya que debería de especificar que se cumplirán solo aquellas medidas cuya naturaleza sea por anomalías psíquicas, quedando descartados tanto los casos de deficiencias psíquicas como los casos derivados del abuso de drogas u otras sustancias.

Ahora bien, estos establecimientos cuentan con mayores medios asistenciales que un establecimiento penitenciario ordinario, con el fin de custodiar hasta la curación y/o desaparición de las circunstancias que pudieran poner al sujeto en riesgo de volver a delinquir a causa de su enfermedad, todo ello siempre por un tiempo, como máximo, igual al que le hubiera correspondido como pena si hubiera sido declarado culpable y en todo caso limitado en la sentencia.²¹

De esta forma, podemos observar que estos establecimientos tienen una doble finalidad, por un lado, son Centros Penitenciarios con funciones de retención y custodia -al igual que el resto de establecimientos penitenciarios- y, por otro lado, son centros sanitarios con un fin asistencial -a diferencia que, en los Centros

²⁰ Barbero, HR (2019). ¿ADÓNDE VAN LOS ENFERMOS MENTALES QUE COMETEN DELITOS? *Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad*. <https://www.ejc-reeps.com/HR-1.pdf>

²¹ de Coordinación Territorial Y Medio Abierto Coordinación Sanidad, DG. *Hospitales psiquiátricos administracion penitenciaria. Propuesta de acción*. www.consaludmental.org. Recuperado el 3 de enero de 2023, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiaticosadministracionpenitenciaria.pdf>

Penitenciarios ordinarios, donde su finalidad es la reeducación y reinserción social-.

La principal problemática que entrañan estos establecimientos es que, al sólo contar con dos hospitales, su capacidad es muy reducida y ambos se encuentran bajo niveles de ocupación muy preocupantes, teniendo en cuenta que, además, deben proporcionar entre ambos, esta asistencia sanitaria especializada, a prácticamente todo el territorio nacional (sin incluir Cataluña ni País Vasco por tener transferidas las competencias en materia penitenciaria en sus respectivos territorios autónomos).

En este sentido, el HPPS, se ocupa de dar asistencia a los territorios de Extremadura, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla, Mientras que, en el caso del HPPA, se ocupa de dar asistencia psiquiátrica penitenciaria al resto del territorio nacional. Cabe destacar que, para mayor gravedad, el único que consta de modulo femenino es el de Alicante -con una capacidad para 35 internas-, por lo que únicamente es este quién debe dar su asistencia a todas las Comunidades Autónomas, en las cuales las competencias en materia de sanidad penitenciaria sigan siendo del Estado.

Asimismo, en la actualidad se prevé la creación de un tercer Hospital Psiquiátrico Penitenciario, en la localidad de Siete Aguas en Valencia, este nuevo proyecto pretende ser revolucionario y modificar el concepto actual equiparándolo a las experiencias en cuanto a la atención de estas personas en los países de nuestro entorno europeo. Sus instalaciones darán cobijo hasta a un total de 500 personas privadas de libertad (de especial relevancia esta capacidad ya que en la actualidad el HPPA tiene una capacidad de 371 y el de Sevilla de 158 camas)¹⁵ que cumplan una MS privativa de libertad, con la posibilidad de hospedar en apartamentos situados en el mismo complejo a sus familiares en las visitas programadas. Al igual que los Centros Polivalentes, este complejo arquitectónico basado en la división modular permitirá un tratamiento diferenciado según el perfil de cada residente, posibilitando departamentos para pacientes tanto; agudos, descompensados, estabilizados, rehabilitados y agresivos, lo que

permitirá facilitar una mejor asistencia sanitaria según la tipología de pacientes, las características y perfiles concretos y la fase de su tratamiento.²²

Por último, nos referimos a las unidades psiquiátricas, ya que si bien el RP los recoge bajo la rúbrica del capítulo séptimo del título VII junto a los establecimientos, con lo que parece contemplar la posibilidad de que en los antes citados establecimientos polivalentes se cuente con una de estas unidades psiquiátricas, en la realidad estas no se han puesto en funcionamiento; deficiencia que ha sido destacada y criticada por los jueces de vigilancia en su acuerdo 26 de los criterios refundidos de la XIII reunión de Jueces de Vigilancia.²³

Como conclusión, y en base a los datos obtenidos de la propia SGIIPP²⁴, el sistema penitenciario español cuenta con:

- 69 Centros Penitenciarios, de los cuales dos son los hospitales psiquiátricos ya existentes de Alicante y Sevilla, y también está incluido el nuevo proyecto de Siete Aguas en Valencia.
- 33 Centros de Inserción Social (en adelante, CIS) para penados clasificados en tercer grado de tratamiento, de los cuales 13 son independientes y otros 20 dependientes administrativamente de un Centro Penitenciario. (Un ejemplo es el CIS de Foncalent, el cual es dependiente del Centro Penitenciario Alicante I Foncalent).
- 19 secciones Abiertas, las cuales dependen administrativamente de un Establecimiento penitenciario polivalente, del que constituye la parte destinada a internos clasificados en tercer grado de tratamiento.

²² PPT PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA A LA REDACCIÓN DEL PROYECTO BÁSICO Y DE EJECUCIÓN MEDIANTE LA METODOLOGÍA BIM DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEPENDIENTE DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA EN SIETE AGUAS (VALENCIA) EXPTE: 21.006.CP509HSP.PY.04 . Contrataciondelestado.es. Recuperado el 16 de marzo de 2023, de <https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/bdcbc5f1-0dbf-48c1-8ed2-38a799585d1a/DOC20210209112609PPT.pdf?MOD=AJPERES>

²³ Mazuela, P. G.-E. (2018). Enfermedad mental y prisión. A propósito de la STC 84/2018, de 16 de julio. *Diario La Ley*, ISSN 1989-6913, Nº 9285, 2018.

²⁴ Institucionpenitenciaria.es. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <http://www.institucionpenitenciaria.es>

- 3 unidades de madres.
- 43 unidades de Custodia Hospitalaria (UCH), dependientes de la SGIIPP, pero integradas en hospitales de la Sanidad Pública autonómica.
- 55 servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, también dependientes de Centros Penitenciarios para el cumplimiento de otras penas no privativas de libertad pero que la supervisión de su ejecución es competencia de la Administración Penitenciaria.²⁵

ESPECIALES DIFERENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS Y DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Tal y como hemos visto, la principal diferencia entre los Centros Penitenciarios de carácter ordinario y los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, es la distinta finalidad para la cual están destinados. Esta diferencia es palpable en cuanto a su estructura orgánica, ya que, si bien los primeros cuentan con la Junta de Tratamiento y con la Comisión Disciplinaria como órganos colegiados, los segundos no cuentan ni con uno ni con otro. En este sentido, el art. 265.4 RP establece que en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios sólo existirán tres órganos colegiados: el Consejo de Dirección, la Junta Económico-administrativa y los Equipos multidisciplinares necesarios.²⁶

Esto es debido a dos motivos;

Primero, a que los sujetos que están cumpliendo una MS privativa de libertad a diferencia de los que están cumpliendo una PPL, no son clasificados por grados de tratamiento, ya que su clasificación se realiza en base a su situación clínica y no a otros factores como son la personalidad del interno, su historial individual, familiar, social y delictivo del interno, o la propia duración de la pena, tenidos en cuenta en base al art. 72 de la LOGP que proclama el sistema de

²⁵ Calvo, CP (2023). *Jurista Penitenciario, lo que nadie te enseña*. Amarante.

²⁶ Cerezo, A., & Díaz, D. (2016). *El enfermo mental en el medio penitenciario español*. Uma.es. https://www.uma.es/instituto-andaluz-de-criminologia/navegador_de_ficheros/publicaciones-/descargar/El-enfermo-mental-en-el-medio-penitenciario-espanol.pdf

individualización científica, que diferencia 3 regímenes de vida y, paralelamente, 3 grados penitenciarios;

El de régimen cerrado regulado en los art. 89 a 95 RP (que se corresponde con el primer grado de tratamiento) para aquellos penados clasificados en primer grado que muestren una manifiesta inadaptación a los regímenes comunes, los cuales cumplirán en Centros o módulos de régimen cerrado. Y para aquellos internos que hayan sido protagonistas o inductores de alteraciones regimentales muy graves, que hayan puesto en peligro la vida o integridad de los funcionarios, Autoridades, otros internos o personas ajenas a la Institución, tanto dentro como fuera de los Establecimientos y en las que se evidencie una peligrosidad extrema. Los cuáles serán destinados a los conocidos como “departamentos especiales”.

El régimen ordinario regulado en los art. 76 a 79 RP (que se corresponde con el segundo grado del tratamiento penitenciario) para aquellos internos clasificados en segundo grado, así como a los detenidos y presos, que, si bien pueden convivir en un régimen de vida ordinario, aún no lo podrán hacer en un régimen de semilibertad.

El régimen de semilibertad regulado en los art. 80 a 88 RP (que se corresponde con el tercer grado del tratamiento penitenciario) para aquellos internos que reuniendo los requisitos establecidos, pueden vivir en un régimen de semilibertad que les permita potenciar las capacidades de la inserción social y favorecer con ello su incorporación progresiva al medio social.

Vista esta diferencia en cuanto a los regímenes de vida, y volviendo a lo anterior, el art. el 265.4 RP establece que en los hospitales psiquiátricos penitenciarios sólo existirán tres órganos colegiados: el Consejo de Dirección, la Junta Económico-administrativa y los Equipos multidisciplinares necesarios. Por lo tanto, el régimen de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios girara en orden a las exigencias de su tratamiento terapéutico, siendo estas necesidades asistenciales del paciente las que inspirarán la separación interior y el modelo de vida que le es aplicable. Lo cual podemos observar tanto en lo contenido en el art. 186.1 RP *“En el momento de ingresar, el paciente será atendido por el*

facultativo de guardia, quien, a la vista de los informes del Centro de procedencia y del resultado de su reconocimiento, dispondrá lo conveniente respecto al destino de aquél a la dependencia más adecuada y al tratamiento a seguir hasta que sea reconocido por el psiquiatra”, así como en el art. 188.1 RP, cuando señala que, “La separación en los distintos departamentos de que consten los Establecimientos o Unidades se hará en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente”. Y, por último, en el art. 188.2 donde prevalece el carácter asistencial al regimental de retención y custodia, al establecer que “Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento”.²⁷

Segundo, a la prohibición expresa contenida en el art. 188.4 RP en cuanto a la aplicación de las disposiciones dedicadas al régimen disciplinario para aquellas personas privadas de libertad internadas en los Centros Penitenciarios especiales, como son los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Nuevamente esta disposición guarda relación con el carácter asistencial de estos Hospitales.

En este sentido, la SGIIPP mediante la aprobación de la circular 7/1996 asigno ciertas funciones propias de la Junta de Tratamiento al Consejo de Dirección, para así solventar las carencias que supone la falta de un órgano colegiado de marcado carácter tratamental necesario para tratar aquellos aspectos del tratamiento penitenciario también necesarios para estas personas privadas de libertad. Esta circular ha sido fuertemente criticada al asignar estas funciones tratamentales a un órgano colegiado que además de su distinta naturaleza y composición, su carácter por el contrario es evidentemente regimental.

Por otro lado, cabe destacar la indicación que hace el RP al denominado equipo multidisciplinar, que no debe confundirse con el Equipo Técnico. El RP recoge la figura del Equipo Técnico como aquel conjunto de profesionales que bajo la dirección inmediata del Subdirector de Tratamiento, asisten a la Junta de Tratamiento tanto en la toma de decisiones como en la ejecución de las mismas,

²⁷ Alapont, JL (2022). *Guía práctica de Derecho penitenciario*. Wolters Kluwer España.

siendo quizás su principal cometido el de ejecutar los programas de tratamiento o los modelos individualizados de intervención penitenciarios que se establezcan para cada interno. Por lo que se puede observar, su finalidad es la propia reeducación y reinserción social de los penados privados de libertad. Mientras que, por otro lado, el RP menciona a los equipos multidisciplinares de acuerdo a un enfoque integral biopsicosocial, en el que destacan profesionales sanitarios como son la figura de los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, profesionales de enfermería y trabajo social que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que estos pacientes precisen a lo largo de su internamiento. De la misma manera contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación. En este caso, se destaca que los equipos multidisciplinares tienen un marcado carácter asistencial, en contraposición del tratamental de los Equipos Técnicos.

Estos equipos multidisciplinares son la unidad básica de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, tienen la función principal de desarrollar y ejecutar los denominados programas individuales de rehabilitación para cada paciente internado que cumple una MS privativa de libertad, y son los encargados de realizar las revisiones periódicas emitiendo un informe sobre el estado y evolución del paciente que será remitido al órgano judicial para su seguimiento. Este seguimiento y la elevación del informe es fundamental ya que el JVP está obligado por el art. 98 del CP de elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad.

Si bien, mientras que como vemos, la obligación del órgano judicial es de al menos una periodicidad anual para la revisión, los equipos multidisciplinares tienen la obligación de emitir estos informes de seguimiento del estado y evolución de los pacientes con una periodicidad al menos semestral. Esta periodicidad semestral, nos lleva a observar una equiparación, al menos temporal, con las revisiones efectuadas por las Juntas de Tratamiento en el contexto del programa individual de tratamiento, y de las a su vez, revisiones de grado de tratamiento -a excepción de las de las personas privadas de libertad en primer grado que debido a su mayor restrictividad, serán con carácter trimestral-

propias del sistema de individualización científica, el cual constituye el nervio central del régimen del cumplimiento de las penas en el sistema penitenciario español.²¹

Pero pocas más similitudes vamos a encontrarnos entre el Equipo Técnico y los Equipos Multidisciplinares, ya que las diferentes finalidades vistas hasta ahora, y a las cuales deben responder, son, en sí mismas, la principal y gran diferencia.

Una vez llegados a este punto del Trabajo de Fin de Grado, es necesario abordar la cuestión de la imputabilidad, ya que como hemos podido ir desgranando, será su valoración por el órgano judicial lo que determine la imposición de la pena o de la MS.

DE LA IMPUTABILIDAD.

DE LA IMPUTABILIDAD O INIMPUTABILIDAD.

La imputabilidad es un término jurídico que no suele venir definido en los ordenamientos jurídicos, como es en el caso del español, donde el CP se limita a enumerar una serie de supuestos que eximen de responsabilidad a quién, en el momento de cometer un injusto -esto es, una acción típica y antijurídica- se encuentra bajo su paraguas. Estas causas que eximen de responsabilidad criminal vienen contenidas en los artículos 19 y 20 del CP, siendo el primero relativo a un criterio basado en la edad del sujeto -la minoría de edad-, y, el segundo, un listado de diferentes supuestos que el legislador entiende, son también merecedores de eximir de responsabilidad a quién haya actuado bajo alguno de estos. Es necesario traer a colación los tres primeros apartados del art. 20 CP ya que son los que se relacionan con la aplicación de una MS.

Según recoge el art. 20 CP,

“Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.”

De esta forma podemos distinguir como causas de exención de la responsabilidad, las anomalías psíquicas, la intoxicación plena por ingestión de sustancias, y el síndrome de abstinencia, como causas susceptibles de aplicación de una medida de seguridad como consecuencia jurídica.

En este trabajo, aunque serán las tres causas de inimputabilidad, nos centraremos en las anomalías psíquicas como causa determinante de inimputabilidad. Si bien, es necesario entender a qué se refiere nuestro ordenamiento jurídico como imputabilidad.

Para ello debemos acudir a la doctrina, ya que es está quién se ha encargado de definir el concepto de imputabilidad. Históricamente fue entendida como capacidad de entender y de querer, pero la concepción que se ha ido imponiendo posteriormente es aquella que, entiende, a la imputabilidad, como aquel estado de normalidad de las capacidades psíquicas del sujeto activo del delito que le permite comprender la ilicitud de la conducta que realiza, y gobernar su comportamiento de acuerdo a dicha comprensión. Es decir, aquel estado de capacidad que permite al sujeto manejar su voluntad y conducirla de conformidad con la ley.

De esta forma, y a *sensu contrario*, podemos entender a la inimputabilidad como aquel estado en el que el sujeto activo, en su comportamiento antijurídico, no es capaz, por un lado, de comprender el significado del hecho que realiza como injusto (es entendida como la vertiente cognoscitiva), y, por otro lado, no es capaz de dirigir su actuación conforme a dicha comprensión (en este caso hablamos de la vertiente volitiva).

De la misma manera podemos afirmar que no toda persona, por padecer una enfermedad mental, podrá ser considerada como inimputable. Ello dependerá, en el caso concreto, de su influencia sobre la capacidad intelectual y volitiva del sujeto al momento de cometer el hecho delictivo. De ahí que trastorno o anomalía mental no son sinónimos de inimputabilidad.²⁸

Por ello, para que se dé un estado de inimputabilidad, deben concurrir dos elementos o niveles -nuestro ordenamiento recoge esta fórmula mixta, asentada en primer lugar jurisprudencialmente a través de la trascendental STS de 29 de mayo de 1948-. De un lado, el denominado elemento biológico consistente en la propia enfermedad mental o trastorno psíquico que debe estar presente en el sujeto, y, de otro lado, un elemento psicológico, en el que se evidencie que la enfermedad o trastorno mental ha afectado de tal manera al sujeto, que este ha sido incapaz de comprender la ilicitud del hecho, o incapaz para gobernar su conducta conforme a esta comprensión.²⁹

Si bien el primero de los elementos es un elemento que depende totalmente de una comprobación por el profesional facultativo en medicina, sobre el segundo de los elementos, no cabe una determinación puramente médica, requiriendo una valoración jurídica razonada por parte del órgano juzgador, quién deberá ponderar su grado de afectación en base a las pruebas periciales y testificales.

²⁸ Harbottle Quirós, F. (2017). Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades. *Revista de la Facultad de Derecho*, 42, 77–99. <https://doi.org/10.22187/rfd201715>

²⁹ Obsérvense en esta misma línea argumental las SSTs 678/2017 de 18 de octubre, 240/2017, de 5 de abril y la 726/2016 de 30 de septiembre.

El objeto de la prueba pericial incluye: (1) diagnóstico, (2) profundidad del trastorno, (3) grado de afectación de las facultades cognitivas y volitivas, (4) pronóstico (cronicidad o permanencia), (5) capacidad de autogobierno con descripción minuciosa de las habilidades adaptativas, competencias en actividad y participación de la persona y (6) medidas cautelares (urgentes), incluida la necesidad de ingreso o tratamiento ambulatorio y protección patrimonial.³⁰

DE LA EXIMENTE COMPLETA A LA INCOMPLETA

Por lo tanto, para que la enfermedad que produce este efecto psicológico se encuentre dentro de la eximente primera del art. 20 CP, ha de reunir dos características, cierta intensidad y cierta permanencia.

Como se puede observar, en ambas características le antecede el adverbio de “cierta”, y ello es debido a que tanto la jurisprudencia como la doctrina exigen que tales características se alcancen en un grado suficiente para que eximan al sujeto.

Si bien la consecuencia será diferente en cada caso, ya que, cuando falta el grado de intensidad requerido para eximir de responsabilidad criminal, pero aun así esta es relevante, puede apreciarse como eximente incompleta. En cambio, en el caso de que, alcanzando ese grado de intensidad, pero faltando la permanencia, podrá darse la eximente, pero en ese caso considerada como trastorno mental transitorio. Nuestro TS, deja claro este juicio, mediante la Sentencia 580/2017, de 19 de julio, establece que *“en el entendimiento de que la eximente completa requiere la abolición de las facultades volitivas e intelectivas del sujeto, prevalece la eximente incompleta cuando el grado de afectación psíquica no alcanza tan altas cotas”*, y, mediante la Sentencia 229/2017, de 3 de abril, cuando habla del trastorno mental transitorio entendiendo como requisitos que *“se exija una brusca aparición; irrupción en la mente del sujeto con pérdida de facultades intelectivas o volitivas o ambas; breve duración;*

³⁰ Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de psicología jurídica*, 26(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>

*curación sin secuelas; que no sea autoprovocado, es decir que no haya sido provocado por el que lo padece con propósito de sus actos ilícitos”.*³¹

Por lo tanto, será el componente psicológico el que determine el grado de imputabilidad del sujeto. En los casos en que sea de tal intensidad que cumpla los requisitos antes vistos, se estará a lo dispuesto en el art. 20 CP eximiendo al sujeto de la responsabilidad criminal. En el caso de que se presencie, pero en un grado inferior, se tendrá en cuenta tal condición no como eximente, sino como atenuante, lo que se conoce como eximente incompleta, habiendo de estar a lo dispuesto en el art. 21 CP para estos casos. Concretamente en su regla primera, donde se recoge que son circunstancias atenuantes “*las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.*”.

DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN CAUSAR UNA ALTERACIÓN PSÍQUICA CON INCIDENCIA EN LA IMPUTABILIDAD.

Señala Martínez Galindo que “El actual art. 20.1 configura un amplio marco legal en el que se pueden incluir prácticamente todos los trastornos mentales y del comportamiento (...) desechando esa equiparación que hasta el CP de 1995 se hacía del enajenado con el enfermo mental, e incluyendo, ahora, no sólo las enfermedades mentales (que se englobarían en el concepto de alteración psíquica), sino las meras anomalías, como las oligofrenias.”³²

De forma que prácticamente todas las enfermedades que vienen recogidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) elaborado por la American Psychiatric Association³³, y a las que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-

³¹ Véanse las citadas SSTS 580/2017, de 19 de julio de 2017, y 229/2017, de 3 de abril de 2017.

³² Galindo, G. (2006). Disminución de la responsabilidad penal por alteraciones psíquicas y toxicomanías”, en La Ley Penal, Sección Estudios. *La Ley*.

³³ Michael B. First. American Psychiatric Association. (2021). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.

11)³⁴ dedica su capítulo sobre Trastornos Mentales y Conductuales, podrían ser susceptibles de eximir al sujeto activo, siempre y cuando, concurra el segundo elemento psicológico.

Aunque Córdoba Roda advierte que dado a la primacía que nuestro Derecho vigente le ha concedido al elemento psicológico, no es posible creer en la viabilidad de mantener un elenco cerrado y exhaustivo de categorías psiquiátricas, motivadoras en todo caso de enajenación³⁵, entre las enfermedades que podrían ser incluidas nos encontramos con la esquizofrenia, la paranoia, la psicosis maniaco-depresiva, la oligofrenia, las demencias, la epilepsia, los trastornos neuróticos como la histeria, las neurosis, la ludopatía, cleptomanía y piromanía, e incluso las psicopatías.³⁶

DE LA ENFERMEDAD MENTAL SOBREVENIDA. ART. 60 CP. IMPORTANCIA DEL MOMENTO TEMPORAL DE APRECIACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Por otro lado, también encontraremos en los Centros Penitenciarios ordinarios personas privadas de libertad con alguna patología mental cuya detección no se evidenció durante el desarrollo del proceso penal, pudiéndose plantear, hasta cuatro posibles escenarios diferentes en los cuales esto ocurra, y por consiguiente una persona con enfermedad mental grave, no imputable, se encuentra cumpliendo una PPL, como son: ¹⁴

1. Qué no se haya evidenciado durante el proceso penal por falta de apreciación de las partes, tanto del abogado defensor, como por el propio Ministerio Fiscal, evidenciándose una falta de formación jurídica al respecto.

³⁴ (S/f-c). Who.int. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)

³⁵ Córdoba Roda, J. (1966). *Las eximentes incompletas en el Código Penal*. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas y Sociales.

³⁶ Servet, V. M. (2019). *Manual práctico sobre eximentes y atenuantes de la responsabilidad criminal y determinación de la pena*. Wolters Kluwer Law & Business.

2. Que como dicha prueba pericial supone un gasto elevado, en algunas ocasiones la propia parte enjuiciada rescinde de esta prueba pericial.
3. Por la propia figura de los juicios rápidos, donde se produce una reducción considerable de los tiempos procesales, y puede pasar asimismo inadvertida la inimputabilidad del enjuiciado.
4. Y, por último, la propia estrategia de defensa puede considerar que es preferible la no postulación de esta eximente, debido a las diferencias en cuanto a la ejecución de una PPL y una MS. (La imposibilidad de clasificar a una persona que cumple medida de seguridad, supone descartar a su vez algunos elementos del tratamiento penitenciario, como son los permisos de salida ordinarios, la libertad condicional e incluso el principio de flexibilidad del art. 100.2 del RP de 1996.).¹⁴

Dicho cuanto antecede, y con la finalidad de evitar estas situaciones “anómalas” que suponen una quiebra de nuestro sistema penal, el legislador ha apostado por la posibilidad de, en un momento posterior a la sentencia firme, “apreciar” la causa de inimputabilidad debida a la presencia de la patología mental -y con ello la alteración psíquica antes mencionada- que conlleva la necesaria revisión de esta condena penal basada en una PPL, para, en corrección de esta, aplicar una MS que se adecue a las características personales del sujeto. El instrumento jurídico del que hablamos no es otro que el contenido en el art. 60 CP.

Este instrumento permite salvaguardar el necesario presupuesto para la aplicación y ejecución de la pena, que no es otro que, en primer lugar, entender en qué consiste tal pena, para, en segundo lugar, comprender el porqué de la misma. No es sino, más que una aberración jurídica; el imponer algo que no se conoce y entiende, o el exigir algo que no se debe y desconoce.

De esta forma, nuestro ordenamiento se nutre de un instrumento que permite comprender la realidad dinámica de las capacidades psíquicas de los seres humanos, y ser capaz de dar una respuesta adecuada a la enorme variabilidad

que pueden presentar las condiciones del autor con posterioridad a la comisión del hecho delictivo.³⁷

Por consiguiente, el art.60 CP posibilita al JVP a suspender el resto de la ejecución de la pena impuesta mediante sentencia firme, en caso de que el condenado sea incapaz de conocer el sentido mismo de la pena, pudiendo aplicar en su caso, las MMSS que estime o no oportunas. De todas formas, a continuación, iremos desgranando todas las implicaciones que conlleva este art. 60 CP.

En primer lugar, es importante destacar que el tenor literal del propio CP en su art. 60 utiliza la palabra “apreciar”, lo cual no se relaciona en sentido estricto con que la enfermedad mental sea sobrevenida, sino que, pudiendo estar presente antes de la sentencia penal condenatoria, esta no es apreciada hasta un momento temporal posterior, durante la propia ejecución de la condena.

Es interesante que distingamos por tanto los tres momentos temporales en los que una persona con enfermedad mental grave, puede ser esta apreciada en relación con el proceso penal. Antes del proceso penal, durante el proceso penal, y posteriormente a este, una vez recaída sentencia firme y el condenado se encuentra en la fase de ejecución de la pena privativa de libertad impuesta.

El primer periodo temporal, quizás sea, a *prima facie*, es el menos relevante, ya que se entiende que será durante el proceso penal, y por tanto en la fase de “durante”, donde se evidencie la situación fáctica, pero es necesario evidenciar este primer periodo temporal por un motivo de gran relevancia, y es que si bien ya hemos visto la diferencia entre PPL y MS, en cuanto a la posibilidad de prisión provisional para aquella persona enjuiciada en la que concurran una serie de requisitos, en su aplicación no existe diferencia si la persona es imputable o inimputable, ya que en ambos casos la persona cumplirá la medida cautelar de prisión provisional en un Centro Penitenciario ordinario, y no en uno de los

³⁷ Rodríguez, L. P. (2020). Algunos problemas procesales derivados de la alteración mental del acusado antes, durante y después del procedimiento penal. *Diario La Ley* Nº 9699, Sección *Doctrina*.

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Tal y como se extrae de la STC 84/2018, y del análisis realizado por Gómez-Escolar Mazuela respecto a la misma, nuestro ordenamiento jurídico evidencia un vacío normativo que el legislador debe ser capaz de solventar, ya que la única previsión normativa de ingreso en establecimiento psiquiátrico penitenciario de presos preventivos se encuentra en el art. 381 y ss de la LEcrim, y en el art. 184 del RP de 1996, a los solos efectos de peritaje de imputabilidad, retornando al recurso ordinario tras su práctica.¹⁷ Esta anomalía supone que, aun siendo detectada la enfermedad mental que supone la inimputabilidad del enjuiciado, este deberá volver al Centro Penitenciario ordinario a los solos efectos de continuar la prisión provisional hasta que se dicté la sentencia que, en caso más que probable de imponer una MS, ahora si ingresará en este Centro Hospitalario para el cumplimiento de la misma.¹⁷

El segundo momento, es quizás la más relevante, ya que es el momento temporal donde debe observarse esta enfermedad mental, la cual podrá suponer la eximente completa del juicio de imputabilidad, correspondiendo por tanto la imposición de una MS y no de una PPL, podrá suponer también que la enfermedad mental apreciada -la alteración psíquica-, no sea de tal entidad, que no evite la imposición de la pena sino simplemente sea tenida en cuenta como atenuante al graduar la pena impuesta. En estos casos, en los que el sujeto es considerado semi imputable, en atención al sistema vicarial que sostiene nuestro ordenamiento jurídico, el Juez o Tribunal de lo Penal podrá imponer, además de la pena, una medida de internamiento, pero con dos matizaciones esenciales. Primero, sólo si la pena es privativa de libertad, y, segundo, en cuanto a su cumplimiento, en primer lugar, se cumplirá la MS, y después la pena, a la cual se abonará la duración de la primera. Esto es así porque el legislador da la posibilidad a que el Juez o Tribunal, en atención al caso concreto, una vezalzada la MS, podrá proceder a suspender el cumplimiento del resto de la pena si esta supusiera un obstáculo respecto al mantenimiento de los objetivos alcanzados durante la propia medida (art. 99 CP).¹⁰ Además de estos dos supuestos, de inimputabilidad o de semiimputabilidad, el Juez o Tribunal podrá, incluso apreciándose tal enfermedad, que la misma no afectó a la comisión del delito.

Por último, el tercer momento o periodo temporal al que hemos hecho referencia, es aquel en el que una persona condenada a cumplir una PPL, durante la ejecución de la misma, se evidencia la presencia de una alteración psíquica que le impide percibir el sentido de la pena impuesta, y, por tanto, su ejecución no es compatible con los postulados de nuestro ordenamiento jurídico. Es en estos casos cuando hablamos de enfermedad mental sobrevenida en la fase de ejecución penal. Ahora bien, llegados a este punto es necesario comprender la incorrección de quienes entienden a la enfermedad mental sobrevenida con la “inimputabilidad sobrevenida”, ya que este juicio de imputabilidad se desarrolla en exclusividad al momento de comisión del hecho delictivo, o en todo caso, a uno inmediatamente anterior y en relación a la “*actio libera in causa*” siempre que sea interpretada de conformidad con el modelo de la excepción.³² De forma que no hablamos de sujetos inimputables, sino de sujetos que actúan en un estado de inimputabilidad.³²

Como hemos visto, la enfermedad mental pudo estar presente inicialmente, y no suponer con ello la inimputabilidad del sujeto, pero también puede darse el caso de que su diagnóstico sea posterior al momento condenatorio, en la propia fase de ejecución. Ya sea por la falta de apreciación aun estando presente, por un debut de la enfermedad, o incluso por una agravación de la enfermedad ya existente, consecuencia de las características propias del entorno carcelario, por lo que cabe prestar una especial atención a la evolución de las patologías de estas personas privadas de libertad.¹⁰

En estos casos, la apreciación de la enfermedad mental no dará por sí misma la necesidad de aplicación del art. 60 CP. Es necesario en estos casos volver a recurrir a la formulación mixta del elemento biológico y del elemento psicológico, debiéndose valorar la gravedad de la enfermedad y su duración, de forma que debe ser tal, que impida a la persona privada de libertad, ser capaz de conocer el sentido de la pena impuesta.

Conocer el sentido de la pena implica, antes de nada, que el penado entienda por qué se le ha impuesto la pena, que sea capaz de advertir que ésta es la

consecuencia de su conducta contraria al ordenamiento jurídico.³⁸ Debe ser capaz de percatarse por tanto del contenido de la pena, del motivo de su imposición y de la finalidad que su cumplimiento entraña “su razón de ser”.

DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA POSIBILITAR LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 60 CP.

En caso de darse ambos elementos, será necesario que la Administración Penitenciaria, de oficio o a instancia de parte -entiéndase en este caso también la familia y la propia defensa del condenado-, inicie el procedimiento de actuación para posibilitar la aplicación de lo dispuesto en el art. 60 CP.

Para ello, desde la SGIIPP, a través de la Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Social, se ha aprobado la Instrucción 2-2020, que contiene el protocolo de actuación que los profesionales penitenciarios, en especial desde el área de tratamiento y de sanidad penitenciaria, deben cumplimentar a fin de que se facilite toda la documentación necesaria para que sea valorada tal aplicación.

Entre la documentación que es requerida nos encontramos con el informe del especialista en psiquiatría, informe del médico del establecimiento, informe del psicólogo, e informe social donde se contemplen las posibilidades de inclusión de la persona privada de libertad en el medio comunitario no penitenciario.³⁹

DEL PAPEL DEL JUEZ DE VIGILANCIA

Tal y como se establece en el tenor literal del art. 60 CP, es competencia del Juez de Vigilancia la suspensión de la ejecución del resto de la pena impuesta, quién

³⁸ Vizuela Fernández, J. (2007). El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme: el art. 60 del Código penal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 09-04, 04:1-04:15.

³⁹ (S/f-d). Institucionpenitenciaria.es. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_2-2020-Artxculo_60.pdf

podrá dependiendo del caso, imponer una medida de seguridad privativa de libertad, que no podrá ser en ningún caso más gravosa que la pena sustituida.⁴⁰

En este sentido, fue la reforma del CP mediante la LO 15/2003, de 25 de noviembre, la que proclamo la competencia para la aplicación del art.60 CP al JVP, consiguiendo con ello disipar las dudas que podían generarse respecto a la competencia del JVP o del Tribunal Sentenciador cuando este precepto era interpretado de manera conjunta con el art.80 CP. Otorgando en esta reforma una mayor poder discrecional en su decisión pudiendo o no imponer las MMSS que considerase así oportunas al caso particular.

Según el propio artículo, la suspensión será para garantizar que la persona reciba la asistencia sanitaria debida. Ahora bien, no recoge expresamente donde deberá recibir el sujeto esa asistencia sanitaria, por lo que, atendiendo a la instrucción 2-2020, el Juez podrá imponer una MS privativa de libertad, debiendo el interno ingresar en uno de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, o, en caso de contar con apoyo suficiente, podrá imponerse una MS no privativa de libertad⁴¹, como la custodia familiar, con el compromiso de que la persona reciba la asistencia sanitaria con carácter ambulatorio requerida en un medio comunitario no penitenciario.²⁷

Vivancos Gil destaca la labor del entorno familiar del sometido a la medida, cuando afirma que en esta labor de identificar el recurso sanitario y gestionar la derivación del condenado hacia el mismo es cuando el sistema penal necesita de la colaboración del Servicio Público de Salud, pero, también del entorno familiar del sometido a la medida. A veces la solución a la ejecución viene desde

⁴⁰ En esta línea argumental, es interesante traer a colación el auto de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria del 1-06-2011, por el que se estima recurso interpuesto frente a la aplicación del art. 60 CP por considerar la medida impuesta más gravosa que la propia pena. Cuya aplicación, sin que mediará petición de nadie, supuso el internamiento en un Centro psiquiátrico penitenciario, lo que implicaba que el interno fuera trasladado lejos de Canarias, con el consiguiente desarraigo, y alejamiento de sus familiares.

⁴¹ Véase como ejemplo, el auto de la Audiencia Nacional, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de fecha 22-07-2020, por la que se aplica la suspensión de la pena en base al art. 60 CP, aconsejando la no adopción de una medida privativa de libertad.

el propio ámbito familiar del penado que directa y privadamente selecciona el recurso más adecuado conforme al tratamiento que ha de recibir.⁴²

En la misma línea versa la Instrucción 2-2020, al establecer en el apartado quinto del protocolo de actuación, que en caso de que el JVP impusiera al penado el cumplimiento de una MS no privativa de libertad, será el trabajador social encargado del interno el que pondrá a disposición de la entidad o la persona que se vaya a hacer cargo del mismo, aquellos recursos sociales comunitarios que puedan coadyuvar en su reintegración social y fuesen conocidos a través del Programa Puente u otros.

En todo caso, será el JVP quién en atención a todos los elementos de juicio, decidirá, que medida de seguridad imponer, sea esta privativa de libertad o no, o incluso, suspender simple y llanamente la pena sin imposición de medida de seguridad, ya que el CP recoge tal imposición con carácter potestativo. Aunque se entiende que, si la finalidad de la suspensión es garantizar la asistencia sanitaria, será conveniente su imposición, si bien con el fin de poder supervisar su evolución, ya que, tal y como continua el apartado segundo del art. 60 CP, se prevé la restitución de la pena en caso de restablecimiento de la salud mental del penado.

Ahora bien, nuevamente y con carácter potestativo será a juicio del JVP esta restitución. Ya, que, aun habiéndose restablecido la salud mental y con ello recuperado el sentido de la pena por el sujeto, si el Juez valora que el cumplimiento del resto de la pena puede ser contraproducente o innecesario, podrá en este caso dar la pena por extinguida.

DE LA ALTERNATIVA. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ENFERMOS MENTALES (PAIEM).

Como no podía ser de otra manera, la SGIIPP es su preocupación de poder garantizar un tratamiento especializado acorde a las características de las

⁴² Gil, P. A. V. (2016). *Medidas de seguridad y salud mental. Situación actual, casuística y aspectos lógicos y operativos en su ejecución.*

personas privadas de libertad, ya desarrollado el conocido como Programa de Atención Integral para Enfermos Mentales (PAIEM), bajo el cual tienen cabida aquellos penados privados de libertad, que si bien padecen alguna anomalía psíquica, está no ha sido determinante para su inimputabilidad o si acaso, se ha podido tener en cuenta para la atenuación de la condena.

Independientemente de ello, como vemos, estos pacientes, aunque penados, han sido diagnosticados de alguna patología mental por lo que es necesario que la SGIIPP ofrezca una alternativa o asistencia sanitaria acorde a sus necesidades, la cual es proporcionada como decimos a través del programa PAIEM.

El programa PAIEM tiene la misión de evitar que estas personas no vean perjudicada su salud mental debido al internamiento en un Centro Penitenciario ordinario, garantizando la continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo que estas personas requieren con independencia de su situación judicial.

Para ello establece, a imagen de los equipos multidisciplinares de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, un equipo multidisciplinar especializado en salud mental denominado "Equipo PAIEM" que hace las veces de enlace con la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario.

Los objetivos de intervención del equipo PAIEM respecto a las personas privadas de libertad con enfermedad mental grave o crónica son:

1º. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.

2º. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.

3º. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

De esta forma, se diferencian una serie de fases en cuanto a la intervención sobre el interno paciente, una primera que persigue el diagnóstico y estabilización del enfermo, una segunda de rehabilitación psicosocial y la tercera

que pretende una adecuada derivación y reinserción del enfermo mental a su salida de prisión.⁴³

Por otro lado, en este programa PAIEM además son incluidos los internos que durante su estancia en un centro penitenciario sufren una enfermedad mental sobrevenida. Pero que, sin embargo, la situación clínica de estos enfermos no se corresponde con la que describe el art. 60 CP, es decir, la de un enfermo mental que no es capaz de conocer el sentido de su reclusión y debe serle suspendida la ejecución de la misma. Aunque sufren un trastorno mental en ocasiones muy invalidante que condiciona su vida en prisión, su enfermedad no reúne los requisitos de aplicación del mencionado artículo, puesto que su trastorno no les desconecta de la realidad de manera permanente ni influye decisivamente en su capacidad de conocer y querer.³⁹

CONCLUSIONES

PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA

Para finalizar este Trabajo de Fin de Grado, y dar sentido a todo lo expuesto anteriormente, es necesario realizar un análisis de dicha información para en base a ella, alcanzar las siguientes conclusiones que serán expuestas a continuación.

Ahora bien, para dar una estructura y ordenación que facilite su lectura, se ha procedido a abordar estas conclusiones en atención,

- Primero, de la falta de recursos personales.
- Segundo, de la falta de recursos, materiales
- Tercero, del incumplimiento de las disposiciones legales en la materia.

⁴³ Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., & Arroyo, J.M.. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102. Recuperado en 02 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000300005&lng=es&tIng=es.

- Cuarto, de la realidad en la implantación del programa PAIEM.

LA FALTA DE RECURSOS PERSONALES

Aunque debido a la política criminal, y especialmente, a la política llevada a cabo dentro de la Institución Penitenciaria, se ha potenciado no sólo la sustitución de penas privativas de libertad por otras penas no privativas, sino que también, dentro de las primeras, la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias ha abogado decididamente a la ejecución de las penas en modalidades regimentales que permitan su cumplimiento en un régimen de semilibertad, ya sea mediante el acceso al tercer grado de tratamiento, como mediante la aplicación del principio de flexibilidad establecido en el art. 100.2 RP, mediante el cual se permite que los penados que, aun sin haber alcanzado los requisitos para el acceso al tercer grado, puedan realizar salidas del establecimiento en autogobierno permitiéndose con ello la realización de actividades laborales y formativas.

Por ello, la población reclusa disminuye año tras año, lo que reduce la ratio interno-profesional. Pero todo ello no enmascara la acuciante realidad a la cual se enfrenta la institución. Los Centros Penitenciarios, cuentan con unas Relaciones de Puestos de Trabajo incumplidas, con carencias de personal que van degradando el servicio público y desvirtuando con ello posibilidad de alcanzar los fines que le son propios a la Institución Penitenciaria.

Prueba de ello es el alarmante aumento de jubilaciones de personal, cuyas plazas vacantes no son cubiertas por las nuevas ofertas de empleo público. Un ejemplo claro lo tenemos en el Complejo Penitenciario de Foncalent – en el cual se integra tanto el Centro Penitenciario de cumplimiento ordinario Alicante I como el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante-, que desde el año 2019 se lleva evidenciando un déficit estructural de personal superior al 20%.⁴⁴

⁴⁴ Incidentes, L. C., de Fontcalent, I. y A. Q. P. se V. P. en el C. P., De la profunda degradación al que está sometido éste establecimiento penitenciario, S. la E. M. C., & de las políticas de recortes y de falta de compromiso de los gestores penitenciarios con el servicio público penitenciario., C. C. (s/f). *CCOO exige la ampliación de la RPT y la reclasificación del Complejo Penitenciario de*

Situación que en este mismo Complejo de Foncalent se ha visto agravado con la reciente apertura de la Unidad de madres “Irene Villa” en el año 2021, lo cual según fuentes sindicales ha acrecentado el déficit de personal entorno al 40%.⁴⁵

Esta falta de personal, que no afecta sólo al personal de vigilancia, sino que afecta especialmente al personal sanitario dependiente de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, concretamente al personal facultativo, supone una autentica problemática, ya no sólo en cuanto a la necesaria asistencia sanitaria que requieren las personas privadas de libertad, sino que especialmente, respecto a la posibilidad de apreciar cualquier patología psiquiátrica que indique la necesaria iniciación del procedimiento de actuación contenido en la Instrucción 2-2020, para posibilitar la aplicación de lo contenido en el art. 60 CP.

LA FALTA DE RECURSOS MATERIALES

Tal y como hemos visto, la Institución Penitenciaria, en la actualidad, sólo cuenta con dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, los cuales se antojan insuficientes para dar cabida a las personas que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad, y sobre todo, para la posibilidad de ampliar la atención a aquellos personas privadas de libertad con enfermedad sobrevenida, e incluso, a aquellos internos que aun cumpliendo una pena privativa de libertad, fuese necesario, para una mayor atención en base a su patología psiquiátrica, permanecer temporalmente en el mismo.

Esta insuficiencia en cuanto al número de Hospitales, conlleva como consecuencia inmediata la falta de arraigo familiar de estos pacientes, cuyos

Fontcalent. Ccoo.es. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://sae.fsc.ccoo.es/7cc1840a409f6da32df776946e90dae9000050.pdf>

⁴⁵ *Elmundo.es.* Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://www.elmundo.es/comunidadvalenciana/alicante/2019/04/13/5cb0c8e7fc6c83f71b8b4590.html>

familiares deben trasladarse hasta cientos de kilómetros -miles en caso de las islas canarias-, para poder visitar a sus familiares privados de libertad. Siendo mucho peor en el caso de las mujeres, ya que las posibilidades de internamiento se limitan en exclusiva al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Esta falta de arraigo familiar no sólo es un problema a nivel social, sino que también asistencial, ya que el mantenimiento del contacto familiar de estos pacientes es esencial para una mejor adherencia al tratamiento y evolución clínica.

Si bien la esperanza depositada por la Institución en el proyecto de un nuevo Hospital Psiquiátrico Penitenciario en Siete Aguas, supone una potencial mejora en este sentido, ya que no sólo conllevaría el aumento de las plazas disponibles (hasta casi el doblar las plazas existentes entre Alicante y Sevilla), sino que además en el proyecto se ha tratado de minimizar este desarraigo al prever un departamento residencial para los familiares, donde puedan pernoctar sin coste alguno, permitiendo estancias más prolongadas junto a sus familiares y ayudando con ello a alcanzar esa finalidad asistencial que debe presidir en su funcionamiento.

Pero esta esperanza es, a día de hoy, un solo espejismo, ya que los avances en cuanto a su construcción son escasos, previéndose en el mejor de los casos su apertura en no menos que cuatro años. -siendo probablemente generosos en este plazo-.

Además, no sólo debe evidenciarse la falta en cuanto al número de Hospitales, ya que otra problemática es la propia situación en cuanto a las instalaciones y medios de cada uno de ellos. En el caso de Alicante, inaugurado en 1984, o en el caso de Sevilla, inaugurado en 1990, se trata de unas instalaciones anticuadas y poco adaptadas a las necesidades actuales de estos pacientes. Situación que conlleva, acometer constantemente obras en las instalaciones de ambos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, disminuyendo con ello la capacidad útil ya mermada de los mismos, y, con ello siendo necesario el tránsito constante de

personas privadas de libertad de uno a otro para poder realizar las obras en sus instalaciones.

En este sentido bien es cierto que la Institución Penitenciaria ha mantenido una importante implicación en cuanto a su remodelación y adaptación, invirtiendo para ello parte de su presupuesto, pero, como en la gran mayoría de los casos, estas actuaciones no son suficientes requiriéndose quizás unas instalaciones nuevas que partan desde cero, más que unos lavados de cara, que aunque bien intencionados, nunca van a poder solventar las carencias arquitectónicas y estructurales de las cuales adolecen estos Hospitales con más de 30 años a sus espaldas.

EL INCUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ya en el año 2003 nuestro legislador advirtió la problemática que suponía para el tratamiento y asistencia de las personas privadas de libertad que los servicios sanitarios penitenciarios dependieran directamente de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias -y con ello del Ministerio del Interior-, en vez de depender de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas quienes cuentan con los medios, tanto personales como materiales, para garantizar una adecuada -o por lo menos mejor- asistencia sanitaria.

La Ley en su Disposición Adicional Sexta, recoge lo siguiente, *“Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía”*.

Transferencia que, a día de hoy, no ha sido llevada a cabo. Esta falta de compromiso, supone una discriminación para la población penitenciaria, y para los profesionales sanitarios dependientes de la misma.

Respecto a los primeros, porque la falta de integración en los correspondientes Servicios de Salud supone una asistencia deficitaria respecto a la asistencia recibida por la población general, lo que supone una vulneración de los derechos de las personas privadas de libertad, quienes por motivo de su situación procesal se encuentran bajo la protección de la Institución Penitenciaria, tal y como recoge el art. 3 en su inciso cuarto, al establecer que *“La administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”*.

Pero la realidad es que las personas privadas de libertad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que la falta de medios materiales y personales de la sanidad penitenciaria es evidente y conlleva un detrimento en su asistencia. Prueba de ello es que, los profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias no tienen acceso a la Historia Clínica extra penitenciaria de los pacientes, lo que dificulta el seguimiento, y tratamiento de cualquier problema que pueda padecer el paciente, produciéndose dilaciones indebidas en cuanto a posibles diagnósticos y tratamientos en base a ellos. Pero es más, ya que esa persona privada de libertad, una vez cumplida su condena y vuelta a la red sanitaria pública extra penitenciaria, el tiempo que ha permanecido en prisión es un impase, ya que tampoco tienen acceso a toda su Historia Clínica penitenciaria, salvo en el único de los casos que soliciten antes de su excarcelamiento el resumen de su evolutivo clínico, en el cual, como no podía ser de otra manera, se perderá gran parte del seguimiento, pruebas e informes obtenidos durante su permanencia en prisión.

En este sentido, es necesario traer a colación el Preámbulo del RP de 1996, ya que en su punto tercero, establece que, *“La Administración Penitenciaria no puede hacer frente por si sola a las múltiples prestaciones que una concepción integral de la salud implica y, correspondiendo a los servicios de salud una responsabilidad global de asistencia sanitaria, es preciso articular cauces de colaboración basados en un principio de corresponsabilidad entre la Administración penitenciaria y las administraciones sanitarias competentes, conforme al cual pueda hacerse efectivo el principio de universalización de la asistencia, garantizándose unos niveles óptimos de utilización de los recursos y*

el derecho efectivo a la protección de la salud de los internos, ajustado a una asistencia integrada, a la promoción y prevención, equidad y superación de las desigualdades.”

Y también lo establecido en la propia Ley de Cohesión, en cuya exposición de motivos se incide en este aspecto, al establecer que los cuidados sanitarios de esta población reclusa, deberá prestarse desde el principio de equidad como *“desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio...”*; y desde un principio de calidad *“... que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de estas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando estos aparecen”*.⁴⁶

Y respecto a los profesionales sanitarios, también supone un claro trato desigual respecto al resto de profesionales sanitarios, en atención a lo manifestado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, la actual estructura "aislada" de la Sanidad Penitenciaria, crea un "gheto" de profesionales sanitarios, sin ninguna posibilidad de carrera profesional y con unas condiciones laborales con respecto de los trabajadores sanitarios de otras administraciones, claramente discriminatorias; tanto de tipo económico como de otra índole: saturación de horas de guardia, acumulación de funciones por la no cobertura de las ausencias por bajas laborales, vacaciones etc., menor disponibilidad de medios técnicos y de formación etc.³²

Todo ello no hace más que evidenciar la necesaria transferencia de la sanidad penitenciaria a los Servicios de Salud, ya sea al Sistema Nacional de Salud -para aquellas autonomías que no tengan asumidas las competencias en esta materia (ciudades autónomas de Ceuta y Melilla)-, o en los Servicios Autonómicos de Salud -en el resto de los casos-.

⁴⁶ Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria : *Propuesta de integración*. (s/f). Sesp.es. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://www.sesp.es/sesp/R20/portada/inicio>

Si bien, esta transferencia no es sencilla, ya que como se recuerda en la pregunta escrita formulada por el diputado Fernandez Díaz al gobierno en el año 2018, *“debe recordarse que en todo caso los acuerdos de traspasos de funciones y servicios derivan de la confluencia de dos voluntades, la estatal y la autonómica. Su iniciación, negociación y conclusión son producto del mutuo acuerdo de ambas Administraciones, conforme a la agenda acordada, de manera que el Gobierno no puede unilateralmente establecer un calendario, contenidos o previsiones sobre materias a traspasar, como sería el traspaso en materia de sanidad penitenciaria.”*

Lo que supone que los actores implicados, tengan una intención real de materializar el mandato legalmente establecido de transferir las competencias establecido en la Ley de Cohesión.

A día de hoy, sin incluir a la Comunidad Autónoma de Cataluña, quienes desde 1983 ya contaban con una transferencia del Estado, no solo en materia sanitaria, sino en cuanto a las competencias en materia penitenciaria, las únicas Comunidades Autónomas que han asumido estas transferencias son, el País Vasco -en materia sanitaria desde 2011 y al completo desde 2021 mediante la aprobación del Decreto 169/2021, de 6 de julio, por el que se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias Estado-CAPV, de traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de funciones y servicios sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria. - y, desde el 1 de agosto de 2021, la Comunidad Foral de Navarra -solo en materia sanitaria-. Mediante la aprobación del RD 494/2021, de 6 de julio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de sanidad penitenciaria.

Esta situación ha hecho que sean los propios profesionales sanitarios dependientes de la SGIIPP quienes hayan acudido a la vía judicial para buscar una solución a esta precaria situación. Actualmente, y ante el portazo del TS, se ha acudido en vía de amparo ante el TC, ya que, tal y como argumenta el abogado Juan de la Cruz, socio del Bufete López Rodó y Cruz Ferrer, y en quién han mostrado su confianza estos profesionales, se está vulnerando los derechos

fundamentales y libertades públicas como el derecho a la vida y la protección de la salud de los internos en las prisiones, la independencia profesional de los profesionales sanitarios frente a los gestores de la Administración Penitenciaria, y el derecho a la imparcialidad y a la tutela judicial de unos jueces que no pueden inventarse sobre la marcha argumentos para salvar la administración. Y pone como ejemplo a la viabilidad de la pretensión aducida, que, en la actualidad, ya se gestiona a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) los Servicios de Salud en Ceuta y Melilla, por lo que el traspaso se podría hacer con la simple voluntad del gobierno al transferir así la sanidad penitenciaria al Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad.

LA REALIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA PAIEM

Por último, y en relación al programa PAIEM, si bien como hemos podido observar se trata de un instrumento que permite implementar una asistencia sanitaria especializada, que, aún no destinado a personas inimputables, permite atender a aquellas personas privadas de libertad que padecen alguna patología mental. Pero este programa aún no se ha implementado en todos los Centros Penitenciarios ordinarios, debido en gran parte a la falta de recursos humanos, como es la falta de especialistas en psiquiatría en las RPT de los establecimientos, lo que impide su implantación y desarrollo. Además, se observa que, si bien las actividades desarrolladas son adecuadas, en especial en las fases de detección precoz, estabilización y rehabilitación. Se ha observado una peor respuesta en la fase de reincorporación social, ya que está mejorada cuando interviene el tercer sector en las derivaciones del enfermo a la red sociosanitaria extra penitenciaria. Cuya intervención no siempre es posible en la medida que sería necesaria para poder potenciar esta última y fundamental fase.³⁹

Quizás, y aunque en este sentido existe un programa específico para los condenados a una PPL con discapacidad mental, sería conveniente poder extrapolar los recursos organizativos y personales del programa PAIEM a estas personas, ya que, aunque como hemos visto, el programa PAIEM aún no está completamente implantado en los Centros Penitenciarios ordinarios, sí que

cuenta con un numero mucho más numerosos de Centros en los que opera respecto a los Centros Penitenciarios con programa especial para discapacitados -en la actualidad sólo cuentan con modulo específico para estos pacientes el Centro Penitenciario de Segovia y el Centro Penitenciario de Madrid VII-.

BIBLIOGRAFÍA.

Administrativa, D., Antonio, J., & Amado, G. (s/f). *Sobre el ius puniendi: su fundamento, sus manifestaciones y sus límites*. Inap.es. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://revistasonline.inap.es/index.php/DA/article/download/9600/9601/10872>

Alapont, J. L. (2022). *Guía práctica de Derecho penitenciario*. Wolters Kluwer España.

Barbero, H. R. (2019). ¿ADÓNDE VAN LOS ENFERMOS MENTALES QUE COMETEN DELITOS? *Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad*. <https://www.ejc-reeps.com/HR-1.pdf>

Calvo, C. P. (2023). *Jurista Penitenciario, lo que nadie te enseña*. Amarante.

Cerezo, A., & Díaz, D. (2016). *El enfermo mental en el medio penitenciario español*. Uma.es. https://www.uma.es/instituto-andaluz-de-criminologia/navegador_de_ficheros/publicaciones-/descargar/El-enfermo-mental-en-el-medio-penitenciario-espanol.pdf

Córdoba Roda, J. (1966). *Las eximentes incompletas en el Código Penal*. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas y Sociales.

de Coordinación Territorial Y Medio Abierto Coordinación Sanidad, D. G. (s/f). *Hospitales psiquiátricos administración penitenciaria. Propuesta de acción*. Consaludmental.org. Recuperado el 3 de enero de 2023, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiatricosadministracionpenitenciaria.pdf>

del HP Siete Aguas., P.-P. P. P. T. A. T. R. P. B. y de E. M. B., & De, P. 1. (s/f). *PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA A LA REDACCIÓN DEL PROYECTO BÁSICO Y DE EJECUCIÓN MEDIANTE LA METODOLOGÍA BIM DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEPENDIENTE DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA EN SIETE AGUAS (VALENCIA) EXPTE: 21.006.CP509HSP.PY.04*. Contrataciondelestado.es.

Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/bdcbc5f1-0dbf-48c1-8ed2-38a799585d1a/DOC20210209112609PPT.pdf?MOD=AJPERES>

Derecho penal: Parte general. (2015).

Donderis, V. C. (2022). *Derecho Penitenciario 5a Edición 2022.*

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de psicología jurídica*, 26(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>

Galindo, G. (2006). Disminución de la responsabilidad penal por alteraciones psíquicas y toxicomanías”, en La Ley Penal, Sección Estudios. *La Ley*.

García Ortiz, A. M. (2021). *Los trastornos mentales en el medio penitenciario: situación actual y propuestas de mejora.* Revista de estudios penitenciarios nº263.

Gil, P. A. V. (2016). *Medidas de seguridad y salud mental. Situación actual, casuística y aspectos lógicos y operativos en su ejecución.*

Harbottle Quirós, F. (2017). Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades. *Revista de la Facultad de Derecho*, 42, 77–99. <https://doi.org/10.22187/rfd201715>

Incidentes, L. C., de Fontcalent, I. y A. Q. P. se V. P. en el C. P., De la profunda degradación al que está sometido este establecimiento penitenciario, S. la E. M. C., & de las políticas de recortes y de falta de compromiso de los gestores penitenciarios con el servicio público penitenciario., C. C. (s/f). *CCOO exige la ampliación de la RPT y la reclasificación del Complejo Penitenciario de Fontcalent.* Ccoo.es. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://sae.fsc.ccoo.es/7cc1840a409f6da32df776946e90dae9000050.pdf>

Martín, S. V. (2017). Historia del Derecho penitenciario español. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 70(1), 387–444. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6930589>

Mazuela, P. G.-E. (2018). Enfermedad mental y prisión. A propósito de la STC 84/2018, de 16 de julio. *Diario La Ley*, ISSN 1989-6913, Nº 9285, 2018.

Michael B. First. American Psychiatric Association. (2021). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).* Médica Panamericana.

Miró Llinares, F., & Simons Vallejo, R. (2019). *Materiales Docentes para la Asignatura de Derecho Penal I.*

País, E. (1979, julio 24). *La ley General Penitenciaria contó con la aprobación unánime del Congreso*. Ediciones EL PAÍS S.L. https://elpais.com/diario/1979/07/25/espana/301701613_850215.html

Puig, S. M. (2015). *Derecho Penal. Parte General 10ª Edición*. Reppertor.

Puig, S. M. (2019). *fundamentos de Derecho penal y teoría del delito*, pag. 13. editorial Reppertor.

Quintano Ripolles, A. (1958). *compendio de Derecho Penal*. Revista de Derecho Privado.

Rodríguez, E. E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica. *Psicología Clínica Legal y Forense*, 3(nº2), 45–64.

Rodríguez, L. P. (2020). Algunos problemas procesales derivados de la alteración mental del acusado antes, durante y después del procedimiento penal. *Diario La Ley Nº 9699, Sección Doctrina*.

Roxin, C. (2015). *Parte General. Tomo I: Fundamentos. La Estructura de la Teoría del Delito*. Thomson Reuters.

Servet, V. M. (2019). *Manual práctico sobre eximentes y atenuantes de la responsabilidad criminal y determinación de la pena*. Wolters Kluwer Law & Business.

Sierra, A. (2023, mayo 25). *Los sanitarios recurren al TC para poner fin al «gueto sanitario de Marlaska» en prisiones*. The Objective. <https://theobjective.com/espana/tribunales/2023-05-25/tc-marlaska-sanidad-prisiones/>

Simons Vallejo, R. R. (2021-2022). *apuntes sobre aspectos jurídicos, en el máster universitario oficial en Intervención Criminológica y Victimológica. Curso académico 2021/2022*.

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria: Propuesta de integración. (s/f). Sesp.es. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://www.sesp.es/sesp/R20/portada/inicio>

Vaamonde, L. G. (2013). *El siglo de los castigos: prisión y formas carcelarias en la España del siglo XX*.

Vicente Martínez, R. de. (2019). La Ley Orgánica Penitenciaria 40 años después. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1, 127–153. <https://doi.org/10.53054/adpcp.v72i1.1248>

Vizueta Fernández, J. (2007). El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme: el art. 60 del Código penal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 09-04, 04:1-04:15.

Von Listz, F. (1999). *Tratado de Derecho Penal*. Editorial Reus.

(S/f-a). Unodc.org. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

(S/f-b). Institucionpenitenciaria.es. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <http://www.institucionpenitenciaria.es>

(S/f-c). Who.int. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)

(S/f-d). Institucionpenitenciaria.es. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_2-2020-Artxculo_60.pdf

(S/f-e). El mundo.es. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://www.elmundo.es/comunidadvalenciana/alicante/2019/04/13/5cb0c8e7fc6c83f71b8b4590.html>

NORMATIVA.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela): Resolución aprobada por la Asamblea General. (A/RES/70/175).

Constitución española. (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. (BOE núm. 239, de 5 de octubre de 1979).

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).

Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. (BOE núm. 126, de 27 de mayo de 2021).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003).

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (Gaceta de Madrid núm. 260 de 17 de septiembre de 1882)

Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. (BOE núm. 149, de 23 de junio de 1981).

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. (BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1996).

Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. (BOE núm. 145, de 18 de junio de 2011)

Decreto 169/2021, de 6 de julio, por el que se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias Estado-Comunidad Autónoma del País Vasco, de traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de funciones y servicios sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria. (BOPV núm. 133, de 7 de julio de 2021).

Real Decreto 494/2021, de 6 de julio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de sanidad penitenciaria. (BOE núm. 167, de 14 de julio de 2021)

SENTENCIAS

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Sentencia del Tribunal Constitucional 84/2018, de 16 de julio de 2018.

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia del Tribunal Supremo 3397/2019, de 14 de octubre de 2019

Sentencia del Tribunal Supremo 678/2017, de 18 de octubre de 2017

Sentencia del Tribunal Supremo 580/2017, de 19 de julio de 2017

Sentencia del Tribunal Supremo 240/2017, de 5 de abril de 2017

Sentencia del Tribunal Supremo 229/2017, de 3 de abril de 2017

Sentencia del Tribunal Supremo 726/2016, de 30 de septiembre de 2016

ANEXOS

ANEXO I INSTRUCCIÓN 2-2020 “PROCEDIMIENTO PARA POSIBILITAR LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 60 DEL CÓDIGO PENAL”



MINISTERIO DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL
DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2020-06-11 12:30:28 CEST, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en https://www.pap.hacienda.gob.es



I 2-2020	DGEPyMA
----------	---------

ASUNTO: Procedimiento de actuación para posibilitar la aplicación de lo dispuesto en el artículo 60 del Código Penal.

ÁREA DE APLICACIÓN: Sanidad y Tratamiento

DESCRIPTORES: Suspensión de la ejecución de la pena por situaciones de trastorno mental grave.

I. MARCO NORMATIVO

En cumplimiento del artículo 1 LO 1/79, de 26 de setiembre, General Penitenciaria, es prioridad de esta Administración Penitenciaria impulsar aquellas medidas que permitan una mejor atención a los internos que presentan enfermedad mental en el medio penitenciario. Por ello, y en el marco de los programas que se vienen desarrollando, se adecuará la ejecución de la pena privativa de libertad a la evolución de la salud mental que presenten los internos.

Con esta finalidad, se recuerda a los Directores de los Centros Penitenciarios y restantes miembros de las Juntas de Tratamiento (la posibilidad de aplicación) a los internos que cumplen una pena privativa de libertad de lo dispuesto en el artículo 60 del Código Penal (CP), en aquellos supuestos en los que pueda ser procedente la misma:

“1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.

El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

2. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente”.

II. PREMISAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN

En aplicación de este marco normativo, los Directores de los Centros Penitenciarios adoptarán las medidas adecuadas para la puesta en marcha del protocolo de actuación que se detalla a continuación, teniendo en cuenta las siguientes premisas básicas:

1. Las Direcciones de los Centros Penitenciarios deben adecuar las decisiones tanto de carácter tratamental, como especialmente las de corte regimental, al supuesto de la enfermedad mental de un interno y el cumplimiento de una medida de seguridad.
2. Sólo en aquellos casos que por sus características clínicas y conductuales requieran un especial seguimiento de su patología se propondrá el traslado a un Establecimiento Psiquiátrico Penitenciario para su estabilización. En este punto, es necesario tener en cuenta los perjuicios terapéuticos del alejamiento del interno de su entorno social de referencia, máxime si la medida de seguridad impuesta es de corta duración.
3. Es fundamental contar con la participación e implicación de las Comunidades Autónomas y con los recursos públicos comunitarios de atención a la salud mental en la ejecución de las medidas que afecten a los internos con enfermedad mental. Ello en tanto la enfermedad mental les convierte en pacientes del servicio sanitario público.
4. Por ello, como se detalla a continuación y para los casos en que el Equipo Técnico del centro de referencia así lo considere, los informes de aplicación del artículo 60 CP destacarán el recurso comunitario no penitenciario que pudiera ser más conveniente para el paciente desde un punto de vista terapéutico. Ello procurando no sólo una atención más adecuada de la enfermedad mental detectada, sino también el desarraigo social antes referido.
5. Finalmente, en cuanto al ámbito subjetivo de aplicación del artículo 60 CP, es importante destacar el Auto de 07.05.12 JVP de Bilbao y el Auto de 03.07.09 JP n. 1 de

Baracaldo, que, más allá de los supuestos de enfermedad mental grave, aplican esta previsión legal a casos de personas con discapacidad intelectual. En el supuesto de personas que presenten solamente discapacidad intelectual (excluyendo enfermedad mental), el centro penitenciario de origen podrá proponer la aplicación del artículo 60 CP y el traslado a los módulos especializados de los CP de Segovia y Madrid VII, cuando la medida de seguridad aplicada sea de internamiento. Esta propuesta sigue las mismas premisas expuestas para los enfermos mentales. Sólo se propondrá el traslado tras haber valorado medidas menos lesivas desde el punto de vista del desarraigo social y siempre que no existan recursos comunitarios adecuados al tratamiento del paciente en su entorno social de referencia.

III. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1. Detectada, después de pronunciada sentencia firme, una posible enfermedad mental en un interno, que le impida conocer el sentido de la pena, el Equipo Técnico del PAIEM emitirá los informes pertinentes de acuerdo con el artículo 39 LO 1/79, de 26 de septiembre.
2. Entre dichos informes, se incluirá necesariamente un informe del especialista en psiquiatría, informe del médico del establecimiento, un informe psicológico y otro de carácter social.
3. El informe social, siguiendo lo recogido en la Instrucción 2/2018 del Manual de procedimiento de los Trabajadores Sociales en el medio penitenciario, habrá de contemplar las diferentes posibilidades de inclusión del interno en el medio comunitario no penitenciario. En este sentido, los informes de aplicación del artículo 60 CP destacarán en su caso, el recurso dependiente de los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma que pudiera ser más conveniente para el paciente desde un punto de vista terapéutico. Ello procurando no sólo una atención más adecuada de la enfermedad mental detectada, sino también el desarraigo social del mismo.
4. Si el Juez de Vigilancia Penitenciaria acordará la aplicación de lo dispuesto en el art. 60 CP y le impusiera al penado el cumplimiento de una medida de seguridad privativa de libertad, se estará a lo dispuesto en el apartado 3 de la Instrucción 19/11 sobre cumplimiento de las medidas de seguridad. En concreto:

- En el supuesto de que el interno se encontrara clasificado, la Junta de Tratamiento del Centro penitenciario en el que se encuentra propondrá al Servicio de Clasificación dejar sin efecto la misma (Fase PRO S SC 002), con remisión del auto judicial por el que se impone la medida.

 - En caso de que el JVP decidiese el internamiento del interno en un hospital psiquiátrico penitenciario, la Junta de Tratamiento solicitará a la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, el correspondiente traslado del mismo. La Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria gestionará los ingresos de acuerdo con las camas disponibles en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, estableciendo la correspondiente lista de espera.

 - En el caso de discapacidad intelectual, si el JVP decidiese el internamiento en los módulos específicos del CP de Segovia o Madrid VII, la Junta de Tratamiento solicitará al Área de Tratamiento el correspondiente traslado.

 - En tanto se ejecuta el internamiento ordenado por enfermedad mental, el paciente deberá quedar bajo la supervisión del equipo técnico del PAIEM, permaneciendo, en su caso, en el departamento de Enfermería, comunicando dicha circunstancia al Juez de Vigilancia Penitenciaria. De estar indicado médicamente el ingreso en un centro especializado, se solicitará el mismo a los dispositivos no penitenciarios de referencia.
5. En el caso de que el Juez de Vigilancia Penitenciaria impusiera al penado el cumplimiento de una medida de seguridad no privativa de libertad, el Trabajador Social encargado del interno pondrá a disposición de la entidad o la persona que se vaya a hacer cargo del mismo, aquellos recursos sociales comunitarios que puedan coadyuvar en su reintegración social y fuesen conocidos a través del Programa Puente u otros.

En el supuesto de detectarse una posible enfermedad mental sobrevenida en un interno en situación de prisión preventiva en un centro penitenciario, previa valoración del especialista en psiquiatría referente del centro o de la Unidad de Hospitalización de Salud mental del Centro Hospitalario de referencia, se procederá a poner en conocimiento de la Autoridad judicial de la que dependa esta situación, a efectos de lo dispuesto en el artículo 383 LECrim. y estando a lo que la Autoridad Judicial.

DISPOSICION FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor a partir del día siguiente de la fecha de su firma. En la primera reunión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento se dará lectura a la misma, procediendo el Director a su difusión conforme a lo establecido en el artículo 280.2.14ª del Reglamento Penitenciario.

En Madrid, a 11 de junio de 2020

Ángel Luis Ortiz González

SECRETARIO GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

