

## **Dra. Tàlia González Collantes**

Doctora en Derecho y licenciada en Criminología, Univ. de Valencia. Socia de la FICP.

### **~La medida de internamiento psiquiátrico y por qué renunciar a los hospitales penitenciarios~**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

Tradicionalmente a las consecuencias jurídicas se les ha dado una importancia menor que la otorgada a la teoría del delito, por ello que siempre es de agradecer que se organicen eventos científicos para tratar sobre aquéllas, y más si cabe sobre las alternativas a la prisión. Si ya son muchas las razones que aconsejan evitar el ingreso en prisión para cumplir condena, todavía son más las que me llevan a defender prescindir de dicho internamiento cuando lo que se ha de cumplir es una medida de seguridad. No hay lugar más antiterapéutico que un centro penitenciario y a las medidas de seguridad se les debe dar un contenido terapéutico, pues a través de su imposición se persigue el tratamiento de su destinatario y compensar así su peligrosidad.

A continuación, después de referirme a los requisitos para la apreciación de la eximente de anomalía y alteración psíquica y a los requisitos para la imposición de la medida de seguridad consistente en el internamiento psiquiátrico, dejaré indicados los preceptos legales que llevan a defender que esta medida se pueda cumplir en un centro comunitario, esto es, fuera de la cárcel, y seguidamente apuntaré cuáles son las principales razones que llevan a aconsejar que así sea.

#### **II. LAS ANOMALÍAS Y ALTERACIONES PSÍQUICAS COMO EXIMENTE Y LA MEDIDA DE INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO**

##### **1. La eximente de anomalía o alteración psíquica: requisitos para su apreciación**

En relación a las anomalías y alteraciones psíquicas, resulta imprescindible tener claro que aunque a los sujetos que las sufren se les pueda reconocer la concurrencia de una eximente completa o incompleta, ello no implica necesariamente su apreciación efectiva en todos los casos. De hecho, nuestro Código Penal contempla una graduación de la imputabilidad, y, además, solamente en caso de la acreditación plena de la incapacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha

comprensión, se procederá a la exención completa del artículo 20.1 En cambio, si su facultad intelectual y/o volitiva simplemente está mermada, lo más idóneo será la apreciación de una eximente incompleta del artículo 21.1 CP, quedando reservada la atenuante analógica en base al artículo 21.6 para los casos más leves<sup>1</sup>.

La Jurisprudencia ha enumerado los requisitos necesarios para aplicar modificaciones de la imputabilidad derivadas de trastornos que son considerados anomalías o alteraciones psíquicas; requisitos a los que nos referiré a continuación de manera sintética.

En primer lugar conviene apuntar que para la apreciación de una eximente, ya sea completa o incompleta, no es suficiente el diagnóstico de la anomalía o alteración psíquica. Ésta es una condición necesaria pero no suficiente para apreciar su concurrencia, dado que resulta indispensable la prueba efectiva de la afectación grave de las facultades mentales en el momento del hecho concreto por el que se juzga al sujeto, o dicho con otras palabras, se debe acreditar la influencia reductora o anulatoria de la capacidad de entender y actuar conforme a tal comprensión del sujeto. Si el sujeto era incapaz de comprender la ilicitud del hecho y/o comportarse de forma consecuente no puede ser objeto del reproche en que la culpabilidad consiste<sup>2</sup>. Nuestro Código Penal superó la tradicional fórmula biológica que no se adecuaba correctamente a aquello que conforma la responsabilidad penal. Actualmente nuestro Código contempla una fórmula mixta en la que, como decía, encontramos una base biológica, constituida por la concurrencia en el sujeto de “cualquier anomalía o alteración psíquica”; y que, como consecuencia de la misma, se produzca el efecto psicológico determinado por la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha

---

<sup>1</sup> En realidad, nuestro Código Penal no contempla un concepto expreso de imputabilidad en sentido positivo, sino que sencillamente acoge una regulación negativa, refiriéndose a la falta de la misma. Así, el artículo 20 del CP recoge en sus tres primeros apartados algunas de las causas de inimputabilidad. En el apartado primero se refiere a las anomalías o alteraciones psíquicas y al trastorno mental transitorio, en el segundo al estado de intoxicación plena y al síndrome de abstinencia, y en el tercero a las alteraciones en la percepción. Y, es de estos dos primeros números de los que la doctrina exige que legalmente se den dos elementos, el intelectual y el volitivo, para que pueda afirmarse la imputabilidad. Pero, en ocasiones, como veremos, el individuo no se encuentre incapacitado para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a esa comprensión, pero sí tenga afectadas estas facultades. Por ello, dependiendo del su grado de afectación, el juez, más allá de la eximente completa del art. 20.1 CP, podrá apreciar la eximente incompleta prevista en el art. 21.1CP en relación con el art. 20.1 CP o, la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación al art. 21.1 CP y art. 20.1 CP. Sobre la regulación en negativo, vid: COBO DEL ROSAL/VIVES ANTÓN, Derecho Penal. Parte General, Tirant lo Blanch; Valencia, 1999, p. 576; MORALES PRATS, Art. 20.1. Código Penal, en: QUINTERO OLIVARES (Dir.), Comentarios al nuevo Código Penal, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005, p. 147.

<sup>2</sup> Pero si la influencia reductora o anulatoria de dicha capacidad no puede ser acreditada sólo será posible, como máximo, la apreciación de una atenuante analógica.

comprensión. En este sentido pueden consultarse, entre otras muchas, las Sentencias del Tribunal Supremo 733/1997 de 22 de mayo, 1185/1998 de 8 de octubre, 1341/2000 de 20 de noviembre, 1111/2005 de 29 de septiembre, 982/2009 de 15 de octubre, 3958/2010 de 14 de julio, 5473/2010 de 8 de octubre, 2230/2011 de 30 de marzo y 5100/2013 de 7 de octubre.

A esto debemos añadir dos requisitos más: que el sujeto padezca esta anomalía en el momento en que ejecute la acción penal y la existencia de una relación de causalidad entre la misma y el hecho cometido. Sin duda, la existencia de una proximidad entre el momento ejecutivo del hecho y el brote que caracteriza una anomalía o alteración psíquica en concreto es indispensable, tal y como ha afirmado el Tribunal Supremo, por ejemplo en las Sentencias 6132/72009 de 21 de septiembre, 1081/2007 de 20 de diciembre y 5473/2010 de 8 de octubre.

Como decía, la fórmula recogida en nuestro Código Penal es mixta. No es suficiente el diagnóstico de la anomalía o alteración indicada, sino que resulta indispensable la prueba efectiva de la afectación de las facultades mentales en el momento del hecho por el que se juzga al sujeto. Por ello, cuanto más completos y próximos al momento de los hechos sean los informes, más seguridad tendrá el juez o tribunal al adoptar su resolución, aunque no siempre sucede así. Uno de los problemas con los que me he encontrado después de analizar un número más que razonable de sentencias en las que se aprecia la eximente es que en ocasiones no se tienen en cuenta los informes de los médicos que inmediatamente después de los hechos atienden al sujeto, sino tan sólo el informe forense realizado a posteriori, o teniéndose en cuenta los diversos informes aportados, se otorga mayor credibilidad y fiabilidad al de fecha más tardía. Vale de ejemplo la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 24/2010, de 8 de febrero de 2011.

Como MORALES PRATS<sup>3</sup> destaca, la configuración de esta eximente requiere un diálogo y la integración del saber psiquiátrico y psicológico en el Derecho penal. En este sentido, los jueces necesitan que los expertos en Psiquiatría forense les ofrezcan la información lo más detallada posible sobre el presupuesto biológico, para apreciar de la forma más certera posible la existencia de la eximente, dado que, como el Tribunal Supremo<sup>4</sup> pone de relieve, aunque el perito debe limitarse a dar cuenta del dato

---

<sup>3</sup> MORALES PRATS, Art. 20.1, pp. 149 y ss.

<sup>4</sup> Entre otras: STS 733/1997, de 22 de mayo.

empírico dejando al jurista la decisión sobre la consecuencia jurídica, los conocimientos empíricos no pueden ser ignorados en la determinación de la capacidad del autor.

También resulta fundamental, reiterando lo dicho, la existencia de una relación causal entre la anomalía o alteración psíquica y el comportamiento del sujeto, valorándose la clase de delito cometido y su posible relación con la modalidad concreta de anomalía o alteración psíquica de que se trate. En este sentido pueden consultarse, entre otras, las Sentencias del Tribunal Supremo 497/1997 de 19 de abril, 696/2004 de 27 de mayo y 5473/2010 de 8 de octubre<sup>5</sup>. Sin duda, esta última resolución efectúa una importante valoración de la relación de la patología con el concreto hecho delictivo, subrayando uno de los aspectos que anteriormente destacaba, como es la importancia de los informes periciales próximos al momento de los hechos. En este caso, el tribunal apreció una eximente completa en un caso de conducción temeraria por parte de un sujeto con un trastorno esquizoafectivo, destacando que, aunque el acusado tuvo conocimiento del riesgo que generaba con su temeraria conducción y también de la antisocialidad de su conducta, tal componente cognoscitivo no sería suficiente para que ajustara su comportamiento a las exigencias del mensaje normativo, dado que en ese momento estaba siendo víctima de un delirio propio de su enfermedad que le impedía atender al mandato legal y le obligaba a orientarse por el objetivo patológico e irracional que le marcaba la idea delirante.

Solamente cuando concurren todos los requisitos mencionados diremos que el sujeto es inimputable o semiimputable y será posible entonces la imposición de alguna de las medidas de seguridad de las enumeradas en el artículo 96 del Código Penal, que

---

<sup>5</sup> Ésta última es una Sentencia que estimo verdaderamente interesante pues en ella se analizan dos de las instituciones más controvertidas de todo el sistema jurídico-penal, como lo son la eximente de anomalía psíquica y el dolo eventual, instituciones ligadas a los clásicos y siempre controvertidos componentes intelectivos y volitivos. Concretamente, la tesis de la defensa se centra en cuestionar la existencia de dolo eventual en la conducta homicida penada por la Audiencia, alegando que la enfermedad psíquica que padece el acusado, un trastorno esquizoafectivo bipolar en fase maníaca, le impediría que actuara con el conocimiento y voluntad propios del dolo eventual. Sobre el dolo, la sala destaca como de acuerdo con sentencias como la 172/2008, de 30 de abril, y 716/2009, de 2 de julio, el dolo, según la definición más clásica, significa conocer y querer los elementos objetivos del tipo penal. Y, realmente, la voluntad de conseguir el resultado no es más que una manifestación de la modalidad más frecuente del dolo en el que el autor persigue la realización de un resultado, pero no impide que puedan ser tenidas por igualmente dolosas “aquellas conductas en las que el autor quiere realizar la acción típica que lleva a la producción del resultado o que realiza la acción típica, representándose la posibilidad de la producción del resultado”. Así, el Tribunal apuesta por seguir las directrices en la STS de 23 de abril de 1992 en el conocido caso del “aceite de colza”, aplicando un criterio normativo del dolo eventual, en el que prima el elemento intelectual o cognoscitivo sobre el volitivo. Aunque, como se precisa, ello no implica excluir o descartar el elemento volitivo, sino postergarlo en la fundamentación probatoria por obtenerse de una mera inferencia extraíble del dato de haber ejecutado el hecho con conocimiento del peligro concreto generado por la acción. En este caso, la conducción en contra dirección.

pueden ser bien privativas de libertad o bien no privativas de libertad. De todos modos, en el presente trabajo nos centraremos en las primeras. Únicamente analizaremos la medida de internamiento en centro psiquiátrico, que de las de dicha naturaleza es la que correlaciona con la eximente consistente en padecer una anomalía o alteración psíquica.

## **2. La medida de internamiento en centro psiquiátrico: requisitos para su imposición**

A pesar de lo dicho anteriormente, resulta fundamental aclarar que para poder acordar la imposición de una medida de seguridad no es suficiente con que el sujeto sea inimputable o semiimputable, pues para que así sea también se requiere el cumplimiento de determinados requisitos que están consagrados en el Código Penal, y que al mismo tiempo constituyen criterios limitadores de la gravedad de la misma y de su duración. En concreto, los dichos requisitos son los siguientes:

- a) La previa comisión de un hecho delictivo por un sujeto que resulta peligroso, y que dicha peligrosidad sea de naturaleza criminal. La peligrosidad es indispensable para que sean aplicadas las medidas de seguridad, pero per sí sola no justifica su imposición, sino que se exige haber cometido un hecho previsto como delito, de hecho sólo así puede hablarse de peligrosidad criminal. Que debe ser así consta en los artículos 95.1 y 6.1 del Código Penal. Aunque en el Proyecto de Reforma de éste de 2013 el hecho cometido dejaba de ejercer cualquier tipo de limitación, con lo cual se ponía en duda el carácter de postdelictuales de las medidas, se renunció a modificar los artículos en los que están reguladas las medidas de seguridad.
- b) Que la medida cumpla la exigencia de proporcionalidad. De ahí que rija la idea de que las medidas de seguridad no puedan resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido. Y este requisito también está relacionado con la exigencia de respetar la igualdad y no discriminar, pues se quiere no hacer de peor condición a los sujetos a los que se les ha reconocido la concurrencia de una eximente de anomalía o alteración psíquica que a los otros que son plenamente imputables. Aquella idea está consagrada en el artículo 6.2 del Código Penal e impide tanto la imposición de una medida privativa de libertad cuando la pena que hubiera podido imponerse fuera de la misma naturaleza, como también que pueda tener una duración superior a ésta. Estaba proyectado renunciar a ello pero finalmente, y afortunadamente, no ha sido así.

- c) Que exista probabilidad de comisión futura de nuevos delitos. También el cumplimiento de este requisito se veía comprometido en el Proyecto de Reforma del Código Penal 2013, pues se contemplaba como necesario para la imposición de una medida haber cometido un hecho delictivo, pero a partir de ese momento cabía la consideración de la peligrosidad para hechos que nada tuviesen que ver con el anterior que no ejercía límite de proporcionalidad alguno.
- d) Que la medida resulte necesaria para eliminar la peligrosidad criminal, lo cual exige que las medidas sólo puedan imponerse si existe peligrosidad criminal y sólo se ejecutaran mientras subsiste dicha peligrosidad. Este principio aparece consagrado en el artículo 101 del Código penal. En el Proyecto de Reforma del Código Penal de 2013 aparentemente se respetaba este principio, el cual aparecía recogido en los artículos 95.1 y 97, pero al mismo tiempo se decía que la imposición de una medida “ha de resultar necesaria para compensar, al menos parcialmente, la peligrosidad del sujeto”. La expresión “al menos parcialmente” atenta contra el principio de subsidiariedad, pues la medida, como consecuencia jurídica penal que es, debería ser totalmente necesaria. Afortunadamente tampoco este cambio se materializó.

Por otra parte, los redactores del Proyecto tampoco tuvieron muy en cuenta que a las medidas de seguridad en general, y en particular a las privativas de libertad, se les debe dar una orientación terapéutica, es decir, que en el caso de que se impongan a personas que sufren una anomalía o alteración psíquica, el internamiento vaya acompañado de un tratamiento psiquiátrico, educativo especial o deshabitador, y ello además, con la vista puesta en su reinserción social futura. Que debe ser así se desprende del artículo 25.2 de la Constitución, a tenor del cual las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social. Y si afirmamos que en el Proyecto de 2013 esto no se tuvo en cuenta es porque se quería que las medidas de internamiento en centro psiquiátrico pudiesen prolongarse de manera indefinida, sin que hubiese previsto ningún límite máximo, con lo cual se podría mantener a un sujeto privado de libertad de por vida bajo el pretexto de que el tratamiento no había finalizado o de que no había tenido éxito, por continuar la peligrosidad criminal. Que finalmente no haya sido así merece un aplauso.

### III. LAS PRETENDIDAS REFORMAS DEL ARTÍCULO 98 DEL CÓDIGO PENAL

Aunque, tal y como he apuntado, se acabó por renunciar a las reformas que querían introducirse en los artículos del Código Penal en los que aparecen reguladas las medidas de seguridad, es importante recordarlas, y las arriba indicadas no son las únicas que afectaban a la de internamiento psiquiátrico. Tal y como veremos a continuación, otras querían incorporarse en el artículo 98. A continuación veremos cuál era el contenido que se le pretendía dar a tal precepto.

En primer lugar importa subrayar que el mencionado artículo en el Proyecto quedaba dividido en tres apartados, advirtiéndose en el primero que la imposición de la medida de internamiento en un centro psiquiátrico era una posibilidad, pues se indicaba que “el Juez o Tribunal podrá acordar el internamiento en un centro psiquiátrico”. Se exigía para ello, en primer lugar, una evaluación exhaustiva del sujeto declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1 del artículo 20 o que se le hubiese apreciado la circunstancia primera del artículo 21, así como también de la acción que llevó a cabo. Al respecto no está de más apuntar que sería más acertado referirse no a la acción llevada a cabo sino al delito o al hecho delictivo cometido, pues como acertadamente indica ACALE SÁNCHEZ, un inimputable también puede cometer delitos omisivos<sup>6</sup>.

Siguiendo con el análisis de este precepto, en el Proyecto también se exigía para poder imponer el internamiento en un centro psiquiátrico que tras la dicha evaluación se concluyera la existencia de base suficiente para afirmar que, debido a su trastorno, resultaba posible prever la comisión por aquel sujeto de nuevos delitos y que, por tanto, supusiera un peligro para la sociedad. Al respecto queremos comentar, por una parte, que la expresión “peligro para la sociedad”, como con razón critica ACALE SÁNCHEZ, “debería quedar extramuros del Código Penal, porque es una expresión vulgar, carente de científicidad”<sup>7</sup>. E importa subrayar, en segundo lugar, que el que realmente se haga o pueda hacerse una evaluación verdaderamente exhaustiva ya es discutible, pero es que, además, no consta cómo se debe realizar dicha evaluación, ni quién la realizará, ni tampoco cuándo. Aunque la respuesta a las dos primeras cuestiones planteadas se

---

<sup>6</sup> ACALE SÁNCHEZ, Medidas de seguridad, en ÁLVAREZ GARCÍA (Dir.), Estudio crítico sobre el anteproyecto de reforma penal de 2012, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, p. 424.

<sup>7</sup> Ibidem.

deduce del análisis del artículo 95, sería mejor darles respuesta de manera expresa, y también a la otra interrogante. Ello no pasa ahora y no estaba previsto hacerlo en el Proyecto, desaprovechándose una buena oportunidad para llenar dicho vacío.

En relación a la primera de estas interrogantes, el hecho de que en el artículo 95 tanto del Código Penal como del Proyecto se diga que el juez o tribunal se ayudará de los informes que estime convenientes para tomar una decisión, lleva a pensar que se requiere la utilización de metodologías científicas o experimentales, que exigen recurrir a numerosos medios materiales y se realiza por especialistas cualificados. Creemos que se opta por este método y no por otros posibles, a saber: el intuitivo, el clínico y el estadístico. El primero de estos métodos, el intuitivo, se basa en apreciaciones subjetivas del juez y no cuenta con apoyo científico ni técnico más allá del que le proporciona su experiencia, el método clínico se basa en una exploración individualizada de la personalidad de cada sujeto, y el método estadístico se sirve de tablas de predicción, se examinan las características de personalidad de una persona y éstas se comparan con aquellas que aparecen en una tabla.

A partir de lo anterior podemos responder a la segunda pregunta: son los peritos quienes confeccionan los dichos informes. Sin embargo, los jueces y tribunales no están vinculados por las conclusiones de los expertos. Son ellos los que tienen en sus manos la decisión última sobre el internamiento (y su prórroga), con lo cual, a pesar de que para dejar de lado las recomendaciones de los especialistas aquéllos deben fundamentar su decisión apoyándose en conocimientos científicos, se critica que su decisión pueda estar condicionada por el temor a que se les responsabilice en caso de que el enfermo mental no ingresado (o liberado) cometa un nuevo delito; se señala que los enfermos mentales y las infracciones que puedan cometer son un problema de batas blancas que la pretendida reforma dejaba en manos de togas negras, y ello a pesar de que de este modo se puede situar a los inimputables sin la presunción de inocencia que rige para cualquier otro ciudadano.

Y en relación a la tercera duda planteada, el juicio sobre la peligrosidad de un sujeto debe hacerse antes de que recaiga la sentencia en la que se determina la imposición de una determinada medida de seguridad, y opera en dos fases: en la fase de diagnóstico y en la fase de pronóstico. En la primera se debe comprobar la cualidad sintomática de peligrosidad del sujeto y en la segunda se constata la relación entre dicha

cualidad y el futuro criminal de dicho sujeto, y todo ello debe constar en la sentencia que determine la imposición de la medida de seguridad por parte de un juez o tribunal.

Cabe hacer constar, por otra parte, en relación a cuál debe ser el lugar de internamiento, a pesar de que me ocuparé de esta cuestión con mayor detalle en el siguiente apartado, quisiera dejar apuntado en este otro que actualmente únicamente se dice que será un “establecimiento adecuado”, sin aclarar si debe ser un establecimiento penitenciario u otro ubicado en el seno de la comunidad, o si debe ser público o privado. Podría haberse aprovechado la reforma para aclararlo, lo cual, a mi entender, hubiese sido conveniente. Y además de que el Proyecto de 2013 no estaba previsto hacerlo así se quería substituir la referencia actual al “establecimiento adecuado” por la mención a un “centro psiquiátrico”, implicaba, tal y como subraya Barrios Flores, más desventajas<sup>8</sup>. Más adelante veremos por qué. Ahora sólo diré que son muchas las razones que llevan a los expertos a desaconsejar que se intente la curación o la mejora de las personas con una enfermedad mental recurriendo su internamiento en un hospital psiquiátrico penitenciario<sup>9</sup>. De hecho, está probado que de éste, por las propias condiciones del encarcelamiento, surgen nuevas patologías mentales o se agravan las existentes<sup>10</sup>. Además, es más probable que pase así si el internamiento se ejecuta en régimen cerrado que si se hace en régimen abierto, y ello me lleva a censurar otra de las reformas que venían contempladas en el Proyecto de Reforma del Código Penal de 2013.

Esa otra reforma proyectada con la cual tampoco estoy de acuerdo es que se quería que en el apartado segundo del artículo 98 se dijese que el internamiento se ejecutaría en régimen cerrado cuando existiera un peligro relevante de quebrantamiento de la medida o de comisión de nuevos delitos. El que exista peligro relevante de cometer nuevos delitos no justifica, o no debería justificar, el régimen cerrado, sólo que la medida de seguridad a imponer sea privativa de libertad. Si el peligro no fuera significativo no cabría el internamiento, sino la aplicación de otra medida de seguridad no privativa de libertad, ya que, como apunta BARRIOS FLORES:

---

<sup>8</sup> BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, Diario La Ley, 3 de abril de 2013, Año XXXIV, p. 3.

<sup>9</sup> De hecho, en la psiquiatría actualmente lo normal es el ingreso de enfermos mentales en centros especializados de tratamiento, y con más razón en un hospital psiquiátrico penitenciario. La internación psiquiátrica es un extremo dentro del curso de un tratamiento actual reservado para períodos de crisis.

<sup>10</sup> La primera investigación realizada sobre los efectos nocivos de estos encierros se publicó a comienzos de la década de 1960 en Estados Unidos. Vid. GOFFMAN, Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Doubleday, New York, 1961. Esta obra puede consultarse en castellano: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

“estaríamos probablemente en el escenario contemplado en el mencionado art. 97.1 ARCP; es decir, que existan varias medidas adecuadas ‘para prevenir de modo suficiente la peligrosidad del sujeto’, con lo que habrá que imponer solo una (la que resulte necesaria)”<sup>11</sup>.

Lo cierto es que lo indicado en el apartado segundo del artículo 98 del Proyecto de Reforma del Código Penal evidencia que se quería priorizar la seguridad al tratamiento<sup>12</sup>, contradiciendo además lo dispuesto en el artículo 188 del Reglamento Penitenciario, a tenor del cual la separación en los distintos departamentos de que consten los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias tiene que hacerse en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente y las restricciones a la libertad personal deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento. También cabe decir que aunque el internamiento se ejecutase en régimen abierto los centros en los que se cumpliría reúnen condiciones de seguridad suficientes para evitar la fuga de los sujetos allí ingresados y, además, aunque está claro que en dicho supuesto se saldría al exterior con mayor frecuencia y, por tanto, existirían más ocasiones para fugarse o podría aprovecharse una salida para volver a delinquir, no tiene por qué ser necesariamente así. Las relaciones con el exterior, que se producen a través de las comunicaciones y las salidas, se fijan, tal y como se indica en el artículo 190 del Reglamento Penitenciario, en el marco de un programa individual de rehabilitación para cada uno de los pacientes. En el Reglamento no consta a quién corresponde autorizar las salidas del establecimiento, pero según el criterio 3.4 de la Instrucción 19/2011 de la Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, son competentes para ello los jueces de vigilancia penitenciaria.

No menos censurable resulta que se pretendía que en el apartado tercero del artículo 98 del Código Penal, después de afirmarse que el internamiento en centro psiquiátrico no podría tener una duración superior a cinco años, se dispusiera que sería así excepto en caso de que se acordare su prórroga. Y se aclaraba, igualmente, que si, transcurrido dicho plazo, no concurrieran las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continuara siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo, el Juez o Tribunal podría, a petición de la Junta de

---

<sup>11</sup> BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, p. 3.

<sup>12</sup> Vid. ALCALÉ SÁNCHEZ, Medidas de seguridad, p. 425. Como bien apunta la autora, el régimen cerrado debería justificarse por la necesidad de tratamiento y no por el peligro relevante de quebrantamiento, además de que ese peligro también existe en caso de imponerse una medida privativa de libertad.

Tratamiento, acordar la prolongación de la medida por períodos sucesivos de cinco años. Al respecto importa subrayar, en primer lugar, que la solicitud de prórroga por períodos de cinco años resulta excesiva para evaluar la evolución del sujeto concernido<sup>13</sup>. Y por otra parte, todavía más grave que esto es que si se le hubiera dado luz verde a la reforma de este precepto, además de la involución normativa que ello hubiera supuesto<sup>14</sup>, se les hubiese dado entrada a las medidas de duración máxima totalmente indeterminada, lo cual vulnera la exigencia de seguridad jurídica y, en general, el mandato de determinación que implica el principio de legalidad. Este principio, el de legalidad, recogido en los artículos 9.3 y 25.1 de la Constitución española y en el artículo 7.1 de la Convención Europea de Derechos Humanos, no sólo exige certeza y taxatividad a la hora de concretar las conductas que están prohibidas sino también en relación a las consecuencias jurídicas a imponer, en lo referente tanto a la cuantía como a su extensión, tanto a la duración mínima como a la máxima, tal y como ha indicado el Tribunal Constitucional español en infinidad de ocasiones, por ejemplo en las Sentencias 29/1989 de 6 de febrero, 136/1989 de 19 de julio, 207/1990 de 17 de diciembre, 36/1991 de 14 de febrero, 45/1994 de 15 de febrero, 301/2005 de 21 de noviembre y 129/2006 de 24 de abril. De estas resoluciones, la que resulta más interesante es la primera, la Sentencia 29/1989 de 6 de febrero, pues el Alto Tribunal declara la inconstitucionalidad de una norma administrativa que preveía la genérica previsión de una sanción de multa de 2.500.000 pesetas en adelante, con lo cual se vulneraba el artículo 25.1 de la Constitución, pues el límite máximo de dicha medida está absolutamente indeterminado. Aunque esta doctrina ha sido pronunciada al ámbito de las sanciones administrativas, entendemos que es extensible al ámbito de las penas y medidas en general, y al de la medida de internamiento en un centro psiquiátrico en particular. Importa tener en cuenta, asimismo, que de haberse modificado el precepto ahora analizado para darle el contenido previsto en el Proyecto de Reforma también se

---

<sup>13</sup> BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, p. 6.

<sup>14</sup> Con la aprobación del Código Penal de 1995 se puso fin al internamiento de duración totalmente indefinida al introducirse el límite máximo temporal en la actualidad vigente. En lo referente a la indeterminación temporal de las medidas de seguridad, vid. GARCÍA PÉREZ, La racionalidad de la proporcionalidad en sistemas orientados a la prevención especial, Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, núm. 9, septiembre, 2007, p. 5; MONTEIRO SANTANA GARCÍA, La Medida de Seguridad por Tiempo Indeterminado como Forma de Violación de la Dignidad de los Enfermos Mentales en Brasil, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 2011; TAPIA BALLESTEROS, Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas, Revista Jurídica de Castilla León, núm. 32, 2014, pp. 13 y 14; QUINTERO OLIVARES, Reflexiones sobre el monismo y el dualismo ante el Proyecto de Código Penal, en La Reforma Penal y Penitenciaria, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 1980, pp. 581 y 582.

hubiese vulnerado el principio de igualdad contenido en el artículo 14 de la Constitución, además de que implicaría dar o poder dar un trato inhumano o degradante, proscrito en el artículo 15 de nuestra Carta Magna por ser contrario a la dignidad humana, que a tenor del artículo 10 de la norma suprema es fundamento del orden político y de la paz social<sup>15</sup>. Y sería contrario a la dignidad no sólo por permitir tener encerrada de por vida a una persona<sup>16</sup> sino también por las consecuencias que esto pueda tener, en forma de descompensaciones o depresiones o incluso en conductas autolíticas<sup>17</sup>, y ello también entraría en contradicción con la finalidad resocializadora de las medidas, proclamada de manera expresa en el artículo 25.2 de la Constitución<sup>18</sup>.

Por todo lo acabado de indicar rechazamos la posibilidad de imponer una medida de internamiento de duración indeterminada que pueda traducirse en tener encerrada a una persona de por vida, lo cual, por otra parte, no quiere decir que se deje en situación de indefensión a la sociedad y al propio sujeto. De hecho, en el que se quería que fuese el apartado tercero del artículo 98 se contemplaba la posibilidad de levantar dicha medida privativa de libertad para imponer, en caso de resultar necesaria, otra restrictiva de la misma, una medida de libertad vigilada. Otra opción sería, en caso de que el sujeto

---

<sup>15</sup> La dignidad es una característica esencial al hombre, que lo acompaña permanentemente y sin distinción alguna, e incluso podría verse vulnerada en casos en que el internamiento no es perpetuo, cuando por ejemplo un sujeto en estado de inimputabilidad comete un delito de robo con fuerza y, por entenderse que resulta peligroso, se le impone una medida de seguridad y, por considerarse que el estado de peligrosidad no ha desaparecido, se prolonga durante un tiempo superior a la de la pena que podría haberse impuesto. También en este caso concreto en el que el encierro prolongado atiende a su especial constitución y no al hecho cometido se estaría atentando contra su dignidad. Citando a ROXIN, “una libertad puede ser privada cuando su utilización conducirá, con gran probabilidad, a perjuicios para otros, los cuales, en su totalidad, son mucho más graves que las restricciones que debe tolerar el que causa el peligro por la medida de seguridad”. Y esta idea de la ponderación de bienes también la concreta este autor a través del principio de proporcionalidad, afirmando que “los daños y peligros que derivan del autor deben ser aceptados a pesar del interés de prevención en evitarlos cuando son menores que la afectación de la libertad que la medida de seguridad acarrearía para el afectado”. ROXIN, Fin y justificación de la pena y de las medidas de seguridad, en Determinación judicial de la pena, Julio B. J. Maier compilador, Ed. Del Puerto, Buenos Aires. 1993, pp. 44 y 45.

<sup>16</sup> Lo que viene sucediendo hasta ahora es que, cuando la persona sufre una enfermedad crónica, que es lo más habitual, como difícilmente se puede hablar de curación, se opta por agotar el máximo del tiempo previsto en la medida, con lo cual no es descabellado pensar que si se hubiese aprobado la reforma los internamientos de por vida se convertirían en la regla general.

<sup>17</sup> Tiene razón Ferrajoli al afirmar que la “duración indeterminada y la ausencia de toda garantía relativa al momento en que han de cesar representan sin duda, el aspecto más vejatorio de las medidas de seguridad personales”. FERRAJOLI, Derecho y Razón, Trotta, 5ª edición, Madrid 2001, pp. 781 y 782.

<sup>18</sup> En relación a las críticas acabadas de formular al contenido que se le quería dar al artículo 98.3, vid. BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, pp. 5 y 6; BOLDOVA PASAMAR/ GARCÍA MARTÍN/ALASTUEY DOBÓN, Lecciones de consecuencias jurídicas del delito: el sistema de penas, de medidas de seguridad, de consecuencias accesorias y de responsabilidad civil derivada del delito, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012, pp. 172 y 173.

continuase siendo peligroso después de alcanzar el plazo máximo de privación de libertad, ponerle a disposición de la jurisdicción civil.

#### **IV. EL LUGAR DE INTERNAMIENTO**

En el artículo 98 del Código Penal, tal y como he avanzado, se establece que la medida de internamiento aplicable a sujetos a quienes se les ha reconocido una anomalía o alteración psíquica y que cumplen los demás requisitos para ello, deberá cumplirse en un “establecimiento adecuado”, y como también he indicado, no se aclara si ese establecimiento debe ser un centro penitenciario u otro ubicado en el seno de la comunidad, o si debe ser público o privado. Sin embargo, si se analizan los artículos 7.c) y 11.b) de la Ley Orgánica General Penitenciaria, los artículos 183 y 184.b) del Reglamento Penitenciario y el artículo 21 del Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, parece que el lugar de cumplimiento son los establecimientos especiales, y más concretamente los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias. No obstante, no es menos cierto que el hecho de decirse que el ingreso se producirá en un establecimiento adecuado permite, según el autor acabado de citar,

“flexibilidad en cuanto al destino de los pacientes en un establecimiento acorde a su necesidad de tratamiento, no necesariamente ‘psiquiátrico’. Es decir, permitiría —al menos teóricamente— destinar a dichos pacientes a establecimientos acordes a su estado (netamente hospitalarios en algunos casos, sociosanitarios en otros)”<sup>19</sup>.

Es más, en opinión de este funcionario del Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias y profesor universitario:

“bajo la cobertura de la noción de ‘establecimiento adecuado’, en el momento presente, es posible el cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad en establecimientos de preventivos (art. 8.1 LOGP), favoreciendo con ello la reinserción al no alejar al paciente recluso de su entorno social y familiar e incluso es factible en la actualidad el cumplimiento de dichas medidas en establecimientos polivalentes, es decir en establecimientos penitenciarios que cumplen los diversos fines previstos en los arts. 7-11 LOGP (art. 12.1 RP), entre los que se encuentran los fines propios de centros psiquiátricos [art. 11.b) LOGP]”<sup>20</sup>.

Y a lo anterior el citado especialista añade lo siguiente:

“La posibilidad del cumplimiento en centros ordinarios polivalentes, en los que por supuesto han de garantizarse ‘en igualdad de condiciones, los servicios generales y las prestaciones adecuadas a los fines específicos a los que vengán destinados y a los generales del sistema penitenciario’ (art. 12.2 RP) tiene asimismo el respaldo del 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 y de la Instrucción 19/2011, de 16 de noviembre, del Director General de Coordinación Territorial y

---

<sup>19</sup> BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, p. 3.

<sup>20</sup> Ibidem.

Medio Abierto, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad competencia de la Administración Penitenciaria (apartados 2 y 3)”<sup>21</sup>.

En cualquier caso, a pesar de lo dicho, no debería descartarse el cumplimiento de la medida de internamiento fuera de prisión. En el artículo 20 del Real Decreto arriba citado consta que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio, lo cual abre la puerta a que el tratamiento se reciba en un hospital o establecimiento dependiente de los servicios de salud comunitarios y, de hecho, en el criterio 51 de la XII reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria de 2003 se decía que se debería dar preferencia a la utilización de los servicios comunitarios sobre los específicamente penitenciarios y limitar en la mayor medida posible el internamiento en unidades u hospitales psiquiátricos penitenciarios. Aunque debe advertirse que ésta no es más que una declaración de buenas intenciones, puede recibirse tratamiento fuera de la prisión y a veces se hace así, siendo el juez o tribunal sentenciador quien debe decidir el lugar de ingreso teniendo en cuenta criterios de profesionalidad, racionalización y optimización de recursos.

Sin embargo, a pesar de que no sólo se puede sino que debe procurar el cumplimiento de la medida de internamiento fuera de prisión, por las razones que a continuación apuntaré, ello sucede muy excepcionalmente. En la mayoría de los casos se produce el internamiento en un hospital psiquiátrico penitenciario, debido a que la Administración Sanitaria competente no proporciona recursos alternativos. No importa, por tanto, que allí los enfermos no estén mejor atendidos. Y no lo están, entre otras razones porque dichos centros no dejan de ser una cárcel.

## **V. LOS PROBLEMAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS (O POR QUÉ DEBEMOS BUSCAR ALTERNATIVAS A LOS MISMOS)**

Son diversos e importantes los problemas que presentan los hospitales psiquiátricos penitenciarios, los cuales deberían ser tenidos en cuenta a la hora de decidir cuál tiene que ser el destino a dar a un sujeto con una anomalía o alteración psíquica al que se le ha impuesto una medida de internamiento privativa de libertad. No son los abolicionistas radicales sino los expertos los que desaconsejar que se intente la curación o la mejora de las personas con una enfermedad mental recurriendo a su

---

<sup>21</sup> Ibidem.

internamiento en un centro de la clase referida<sup>22</sup>. De hecho, está probado que de éste, por las propias condiciones del encarcelamiento, surgen nuevas patologías mentales o se agravan las existentes. Además, es más probable que pase así si el internamiento se ejecuta en régimen cerrado que si se hace en régimen abierto.

Tampoco puede pasarse por alto que existen muy pocos establecimientos de la dicha clase. Sin contar la Unidad Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria Brians I – pues está en Cataluña, y ésta, según determina el artículo 168 de su Estatuto de autonomía, relativo al sistema penitenciario, tiene competencia en materia de ejecución de la legislación penitenciaria–, en el resto del Estado hay otros dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Alicante, y de éstos dos únicamente el de Alicante admite a mujeres. Y siendo así, resulta imposible dar cumplimiento al artículo 191.2 del Reglamento Penitenciario, a tenor del cual que la Administración Penitenciaria debe procurar que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes. Hay personas internadas a cientos de kilómetros del lugar de residencia habitual de la familia, lo cual puede repercutir negativamente en su tratamiento médico y provocar el deterioro de los vínculos con los miembros de su entorno. Ello también afecta a los familiares, pues además de no ser lo mismo acudir a visitar a un pariente a un centro socio-asistencial que ir a una prisión, para poder hacerlo tienen que recorrer distancias muy largas.

A pesar de la importancia de los mismos, a estos inconvenientes no se hace mención en el informe de 2010 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias sobre los hospitales psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria española, esto es, sobre los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante. Pero sí se hace referencia a otros problemas, tanto estructurales como de funcionamiento, los cuales se han ido agravando progresivamente en los últimos años.

De los detectados en ambas instalaciones, los principales problemas de tipo estructural parecen ser tres: 1) la sobrepoblación; 2) una estructura orgánica inapropiada, más penitenciaria que sanitaria, unida a una cierta indefinición de

---

<sup>22</sup> La internación psiquiátrica es un extremo dentro del curso de un tratamiento actual reservado para períodos de crisis.

funciones en los profesionales; y 3) las dificultades objetivas para reclutar el personal técnico necesario, particularmente graves en algunas categorías profesionales<sup>23</sup>.

En relación al problema de la sobrepoblación, debe hacerse constar, en primer lugar, que ya en 2001<sup>24</sup> el Defensor del Pueblo denunció que en los centros psiquiátricos penitenciarios existían graves problemas de masificación y que miles de enfermos mentales se encontraban allí almacenados tras la comisión, en ocasiones, de pequeños delitos, y era así a pesar de que, al resultar insuficientes los dos únicos establecimientos existentes para las necesidades de todo el país, muchos de los sujetos declarados inimputables o semiimputables acababan ingresados en prisiones ordinarias, dado que no se habían dotado de las Unidades Psiquiátricas a las que hacía referencia el por aquel entonces nuevo Reglamento Penitenciario<sup>25</sup>. Además, los de la masificación y el hacinamiento son problemas que no se han ido solucionando con los años, sino todo lo contrario. Prueba de ello es, por ejemplo, que en 2007 CÁCERES GARCÍA<sup>26</sup>, jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, denunciaba la persistencia de estos inconvenientes o que en el informe de 2010 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias antes citado se advertía que entre el año 2000 y el 2010 los hospitales psiquiátricos penitenciarios habían duplicado prácticamente su población. En este incremento tuvo mucho que ver el que la reforma de la psiquiatría comunitaria que

---

<sup>23</sup> SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, pp. 11 y 12. Informe disponible en: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA\\_DE\\_ACCI%N\\_HOSPITALES\\_PSIQUI%TRICOS\\_PENITENCIARIOS.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCI%N_HOSPITALES_PSIQUI%TRICOS_PENITENCIARIOS.pdf). Fecha de consulta: 25 de agosto de 2015.

<sup>24</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. Informe anual 2001 y debates en las Cortes Generales, pp. 190 y ss. Disponible online: <https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/05/INFORME2001informe.pdf>

En este informe se destacaba como la atención psiquiátrica penitenciaria, en general, se desarrollaba prioritariamente dentro de los propios centros penitenciarios por los servicios facultativos de estos centros, y que cuando se trata de psicosis orgánicas se llevaba a cabo un tratamiento basado casi en exclusiva en la dispensación de fármacos. También se denunciaba la carencia de equipos especializados, y, en general, el déficit de prestación en el ámbito de la sanidad psiquiátrica. Como consecuencia de lo anterior, se advertía que eran frecuentes las quejas sobre dificultades para el ingreso de pacientes en centros adecuados, incluso en supuestos en los que los especialistas médicos han determinado la urgente necesidad de tal medida.

<sup>25</sup> BOBES GARCÍA/MARTÍNEZ CORDERO, Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente, Revista Española De Sanidad Penitenciaria, vol. 3, núm. 3, 2001. Este trabajo puede consultarse íntegro online en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/214/477>. Fecha de consulta: 25 de agosto de 2015. Además, se advertía que aunque la asistencia de estos pacientes, en teoría descansaba en psiquiatras pertenecientes al cuerpo técnico de Instituciones Penitenciarias, por diversos motivos, este grupo de especialistas funcionarios era más bien escaso, y, en la práctica la asistencia real de estas patologías recaía sobre médicos generales. Aunque, desgraciadamente, la asistencia por parte del psiquiatra quedaba desierta durante temporadas de 4 o 6 meses en algunas prisiones.

<sup>26</sup> CÁCERES GARCÍA, Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria, en Estudios de derecho judicial, núm. 127, 2007.

durante dicho periodo cerró la mayoría de los recursos asilares no fue acompañada de una alternativa asistencial adecuada a un gran número de enfermos crónicos, los cuales han sufrido una transinstitucionalización, pasando de las instituciones psiquiátricas a las penitenciarias, es decir, los psiquiátricos penitenciarios se han ido convirtiendo en los sustitutos a los antiguos manicomios<sup>27</sup>. Esto, el que en las dichas instalaciones predomine el criterio judicial de ingreso y de alta, la falta de coordinación con los jueces para alzar, suspender o sustituir las medidas cuando se da una mejoría en los pacientes<sup>28</sup>, la inadecuada derivación que se produce en demasiadas ocasiones de pacientes a hospitales psiquiátricos penitenciarios<sup>29</sup>, y la ausencia de recursos en la comunidad donde acoger a estos enfermos explica, por tanto, que aquéllos superen su capacidad máxima<sup>30</sup>. La superaba entonces y la supera en la actualidad.

El informe del Defensor del Pueblo del año 2013 se hizo eco, con ocasión de la visita realizada ese mismo año al Centro Penitenciario Sevilla II por la Defensora del Pueblo y el Defensor del Pueblo Andaluz<sup>31</sup>, de que los presos que sufren enfermedades mentales ya no reciben asistencia psiquiátrica en ninguna de las prisiones de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Por ello, a falta de psiquiatras, los médicos de las prisiones debían ocuparse ahora de todos los problemas de salud de la población reclusa, pese a la correspondiente diferencia de la habilitación asistencial existente entre ambos grupos de profesionales. Pero, a pesar de que, como observamos en el informe del Defensor correspondiente al año 2014, durante dicho año estaba previsto que se llevaran a cabo actuaciones de reforma en la mayoría de centros penitenciarios, también en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, que no debemos olvidar que ante

---

<sup>27</sup> SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, pp. 10, 11 y 12, notas 7, 12, 13 y 15.

<sup>28</sup> Así lo denuncia CÁCERES GARCÍA, Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria, p. 6.

<sup>29</sup> Se podrían y deberían evitar muchos ingresos en hospitales psiquiátricos penitenciarios y, de hecho, en no pocas ocasiones se produce una derivación inadecuada. Alrededor del 30% de los pacientes internados en dichos centros tienen un perfil clínico que no se beneficia de su estancia en los mismos. Vid. SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, p. 16.

<sup>30</sup> La capacidad máxima del hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante es de 371 camas y la del de Sevilla de 158, siendo la ocupación media en 2009 del 105% en el primero y del 117% en el segundo. Vid. SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, pp. 11 y 15. Únicamente se tienen en cuenta las camas residenciales. Las camas de agudos e ingresos no están contabilizadas.

<sup>31</sup> Cabe destacar también las denuncias del defensor del pueblo andaluz en el año 2013 sobre la insuficiencia de recursos materiales y personales, en: Informe especial al parlamento. DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ, La situación de los enfermos mentales en Andalucía, abril de 2013, pp. 326 y ss. Disponible online: [http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME\\_SALUD\\_MENTAL\\_DPA.pdf](http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME_SALUD_MENTAL_DPA.pdf)

las denuncias por parte del Juez de Vigilancia Penitenciaria de Alicante y la Plataforma en Defensa de los Servicios Públicos en Salud Mental, de los problemas de masificación y de falta de Seguridad, el Defensor del Pueblo abrió una investigación en el año 2006<sup>32</sup>, parece que las reformas no se han producido, y que como expresamente se destaca en el informe: “La elevación de la tasa de reposición de funcionarios de Instituciones Penitenciarias del 10% al 50% en los Presupuestos Generales del Estado para 2015 es positiva, pero podría ser insuficiente<sup>33</sup>”.

Por otra parte, relacionado con la estructura orgánica, se detectan una estructura organizativa y directiva mejorable y no pocas dificultades para conjugar lo asistencial con lo custodial. Es más, el que el perfil del personal tanto custodial como asistencial sea el mismo que en los centros penitenciarios ordinarios (a pesar de que la formación adecuada a la función a realizar en el personal de servicio de todo psiquiátrico es fundamental para el éxito del tratamiento), el que la organización y la arquitectura de las instalaciones sea similar a las de las prisiones, la cultura del trabajo, los horarios, la proporción interno-cuidador, la escasez de personal asistencial especializado y la dependencia de Instituciones Penitenciarias hace prevalecer una cultura custodial sobre la asistencial. Las funciones de seguridad, vigilancia y control están más presentes que las de rehabilitación y tratamiento<sup>34</sup>.

Y por lo que respecta a las carencias de personal especializado, se critica que faltan terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica y celadores. También faltan psiquiatras, déficit éste que es crónico y no tiene fácil solución. Ello no sólo depende de que la administración competente oferte nuevas plazas, pues estos especialistas han de querer trabajar en un hospital psiquiátrico penitenciario, y no todos quien hacerlo ya que fuera del ámbito penitenciario reciben una remuneración superior y, además, pueden obtener el reconocimiento de la compatibilidad para el ejercicio particular de su profesión<sup>35</sup>. La falta de personal dificulta la aplicación eficiente de nuevos programas y

---

<sup>32</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. Informe anual 2006 y debates en las Cortes Generales, de 31 de diciembre de 2006, p. 100.

<sup>33</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. Informe anual 2014 y debates en las Cortes Generales, de 16 de marzo de 2014, p. 169.

<sup>34</sup> Ibidem., pp. 12, 16, 18 y 19.

<sup>35</sup> Ibidem, pp. 16 y 17.

terapias y las únicas que compensan el abandono de las instituciones son algunas ONGs<sup>36</sup>.

Es importante tener en cuenta, asimismo, y por último, que la masificación actúa como factor empobrecedor de la calidad de las labores de los profesionales que allí trabajan y esto, aparte de que supone un elemento de gran quemazón para todo el personal, tanto para los que realizan labores asistenciales como para los encargados de la seguridad, repercute de manera negativa de la recuperación de los sujetos que han sido allí ingresados para recibir tratamiento<sup>37</sup>. También repercute sensiblemente en la calidad asistencial y en la continuidad la existencia de unos regímenes de turnicidad en el horario laboral sin configuración específica para las características de los centros, y a ello todavía cabe sumar otro problema, que es la inexistencia de ningún profesional que haga de tutor de cada paciente, que se convierta en un referente para éstos y realice un seguimiento personalizado de su plan individual de tratamiento<sup>38</sup>.

## **VI. REFLEXIÓN FINAL**

Anoche, cuando terminé de redactar las líneas que anteceden a esta reflexión final, vi un excelente documental de Francesco CORDIO sobre los manicomios en Italia. El título del documental es “El estado de la locura” y la moraleja era lo intolerable que resulta tratar a los miles de pacientes allí internados como si de presos se tratase. Me gustaría recomendar el film a todos los asistentes a este congreso, pues téngase en cuenta que a pesar de que los sujetos a los que se les impone una medida de seguridad privativa de libertad consistente en internamiento psiquiátrico necesariamente han tenido que cometer un hecho tipificado como delito, no dejan de ser personas enfermas y como tales han de ser tratadas.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios no dejan de ser cárceles y que éstas resultan del todo antiterapéuticas está más que demostrado. Prescindamos de dichos centros, y en la medida de lo posible del internamiento en sí. Debería procederse de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, en cuyo contenido quiero insistir, pues dice lo siguiente: “la atención a los enfermos mentales

---

<sup>36</sup> ORDÓÑEZ, La asistencia psiquiátrica preventiva evitaría gran parte de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental, en Hoppes, núm. 9, 2015. Este trabajo puede consultarse online en: <https://hoppes9revista.wordpress.com/2012/02/05/la-puerta-giratoria-del-hospital-psiquiatrico-penitenciario/> Fecha de consulta: 25 de agosto de 2015.

<sup>37</sup> SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, p. 17.

<sup>38</sup> Ibidem, p. 19.

debe realizarse en el ámbito comunitario potenciando recursos asistenciales a nivel ambulatorio y la atención a domicilio, reduciendo la necesidad de hospitalización”.

Cuánta razón tenía Don Quijote cuando a su escudero decía:

“La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra ni el mar encubre; por la libertad. Así como por la honra se puede y debe aventurar la vida, y, por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres”.

Los locos no son los sujetos encerrados en hospitales psiquiátricos penitenciarios sino quienes se empeñan en hacernos creer que los mismos los más idóneos para el tratamiento de la enfermedad mental. Aparte de las muchas críticas formuladas y recogidas en este trabajo, no puede olvidarse que no sólo se trata de curar o al menos estabilizar a las personas allí ingresadas para que dejen de ser peligrosas, sino también, y muy importante, de procurar su reinserción social, y una de las consecuencias todavía no apuntada que tiene haber estado internado en un centro de esa clase es el de la estigmatización. En palabras de GONZÁLEZ ÁLVAREZ:

“El estigma (marca o señal infamante) ligado a la etiqueta diagnóstica o a la estancia en instituciones psiquiátricas depara graves consecuencias para los sujetos, principalmente exclusión social y restricción o negación de la ciudadanía”<sup>39</sup>.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

ACALE SÁNCHEZ, Medidas de seguridad, en Álvarez García (Dir.), Estudio crítico sobre el anteproyecto de reforma penal de 2012, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013

BARRIOS FLORES, El Anteproyecto de reforma del Código Penal de 2012. Incidencia sobre infractores penales con anomalías o alteraciones psíquicas, Diario La Ley, 3 de abril de 2013, Año XXXIV

BOBES GARCÍA / MARTÍNEZ CORDERO, Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente, Revista Española De Sanidad Penitenciaria, vol. 3, núm. 3, 2001

BOLDOVA PASAMAR / GARCÍA MARTÍN / ALASTUEY DOBÓN, Lecciones de consecuencias jurídicas del delito: el sistema de penas, de medidas de seguridad, de consecuencias accesorias y de responsabilidad civil derivada del delito, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012

CÁCERES GARCÍA, Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria, en Estudios de derecho judicial, núm. 127, 2007

COBO DEL ROSAL / VIVES ANTÓN, Derecho Penal. Parte General, Tirant lo Blanch; Valencia, 1999

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ, La situación de los enfermos mentales en Andalucía. Informe especial al Parlamento. Abril de 2013. Disponible online: [http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME\\_SALUD\\_MENTAL\\_DPA.pdf](http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME_SALUD_MENTAL_DPA.pdf)

DEFENSOR DEL PUEBLO, Informe anual 2001 y debates en las Cortes Generales. Disponible online: <https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/05/INFORME2001informe.pdf>

FERRAJOLI, Derecho y Razón, Trotta, 5ª edición, Madrid 2001

GARCÍA PÉREZ, La racionalidad de la proporcionalidad en sistemas orientados a la prevención especial, Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, núm. 9, septiembre, 2007

---

<sup>39</sup> GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Enfermedad mental, estigma y legislación, Revista AEN, núm. 104, 2009.

GOFFMAN, Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Doubleday, New York, 1961. Esta obra puede consultarse en castellano: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970

GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Enfermedad mental, estigma y legislación, Revista AEN, núm. 104, 2009

MONTEIRO SANTANA GARCÍA, La Medida de Seguridad por Tiempo Indeterminado como Forma de Violación de la Dignidad de los Enfermos Mentales en Brasil, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 2011

MORALES PRATS, Art. 20.1. Código Penal, en QUINTERO OLIVARES, G, Comentarios al nuevo Código Penal, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005

ORDÓÑEZ, La asistencia psiquiátrica preventiva evitaría gran parte de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental, en Hoppes, núm. 9, 2015

QUINTERO OLIVARES, Reflexiones sobre el monismo y el dualismo ante el Proyecto de Código Penal, en La Reforma Penal y Penitenciaria, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 1980

ROXIN, Fin y justificación de la pena y de las medidas de seguridad, en Determinación judicial de la pena, Julio B. J. Maier compilador, Ed. Del Puerto, Buenos Aires. 1993

SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción, Informe disponible en: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA\\_DE\\_ACCIION\\_HOSPITALES\\_PSIQUIATRICOS\\_PENITENCIARIOS.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIION_HOSPITALES_PSIQUIATRICOS_PENITENCIARIOS.pdf)

TAPIA BALLESTEROS, P., Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas, Revista Jurídica de Castilla León, núm. 32, 2014