



Universidad  
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

# Trastorno mental y el medio penitenciario. Especial referencia al Art. 60 CP

Autor:

Poza Auría, Cristina.

Director::

Mateo Ayala, Eladio José.

Facultad de Derecho  
Universidad de Zaragoza  
2021

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 Antecedentes Históricos</b> .....	2
<b>1.2. Tratamiento legislativo de los trastornos mentales</b> .....	6
<b>1.3 Prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito penitenciario</b> .....	8
<b>2. REFERENCIA ESPECIFICA AL ARTÍCULO 60 DEL CÓDIGO PENAL</b> .....	11
<b>2.1 Determinación Jurídica del trastorno mental</b> .....	13
<b>2.2 Los diferentes estadios del proceso penal y la apreciación del trastorno mental</b> .....	17
<b>2.3 Conocer el sentido de la pena</b> .....	18
<b>2.4 El Juez de Vigilancia Penitenciaria</b> .....	19
<b>2.4 La suspensión</b> .....	20
<b>2.5 La prescripción</b> .....	23
<b>2.6 El procedimiento</b> .....	24
<b>2. TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL</b> .....	25
-Suspensión y sustitución de la pena por ingreso en establecimiento psiquiátrico penitenciario:	25
-Suspensión de la pena e internamiento en centro de deshabitación: .....	26
-Denegación de suspensión de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad: .....	26
-Suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad pendientes de cumplimiento por interno en Hospital Psiquiátrico.....	27
-Suspensión y sustitución de la pena .....	28
-Rechazo a la sustitución de la pena por falta de camas según argumenta el Ministerio Fiscal. ..	28
-Denegación de la suspensión procedencia de la asistencia psiquiátrica por medio de consultas externas .....	29
<b>4. ALGUNOS PROBLEMAS DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA</b> .....	29
<b>4.1 Tratamiento legislativo del trastorno mental en prisiones de España</b> .....	30
<b>4.2. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión</b> ..	31
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	33
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	36

# 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo versa sobre el incidente de suspensión de la pena por detección de un trastorno mental grave sobrevenido después de dictar sentencia firme, en concreto, el artículo 60 del Código Penal.

La psiquiatría y el derecho penal son dos ciencias obligadas a entenderse, siempre fue objeto de mi curiosidad la forma en la que la conciencia y voluntad del sujeto inciden en la regulación de nuestro sistema penal y sus consecuencias.

La forma vicarial de nuestro sistema penal nos permite modular diferentes consecuencias penales en base a la culpabilidad y peligrosidad criminal del sujeto. Se ha escrito mucho sobre cómo hemos llegado al desarrollo actual de las eximentes, y como estas consiguen desviar de las cárceles a sujetos con las capacidades volitivas y cognoscitivas mermadas. Sin embargo, es más difícil encontrar información sobre lo que ocurre cuando una persona que padece de estas características se encuentra ubicado en un centro penitenciario.

El presente texto pretende rescatar del olvido al incidente de suspensión de la pena por trastorno sobrevenido. Mostrando como es su funcionamiento, el marco jurídico en el que se desarrolla y el escenario actual de las prisiones españolas, que están repletas de casos en los que la no aplicación de este artículo puede provocar situaciones que no son conformes al espíritu de nuestro ordenamiento jurídico.

Este trabajo está basado en la selección y análisis de las normas reguladoras de una materia (derecho penal y trastornos mentales). El análisis normativo desarrollado tiene carácter primario, aborda el estudio de un tema a través del manejo directo de las fuentes jurídicas y estadísticas y también utiliza fuentes secundarias, procedentes de estudios de otros autores pues si no se trataría de un trabajo inabarcable. Finalmente, se introduce interpretación jurídica usual para demostrar su escasa aplicación. Se trata de un estudio eminentemente descriptivo y documental, que trata de enmarcar la evolución histórica y la regulación actual del concepto, así como una parte valorativa sobre la realidad social a la que afecta. Finalmente, y a modo de conclusión haremos un examen de la compleja realidad en la que este concepto es aplicable, ya que por su singularidad debe reunir unos concretos requisitos. Estudiaremos la proporción reclusa susceptible de recibir este tratamiento y los programas que sustituyen lo que, en algunos casos, debiese producir el incidente de suspensión de la pena.

## 1.1 Antecedentes Históricos.

En la antigüedad clásica las enfermedades mentales se concebían de origen sobrenatural hasta que llegó Hipócrates quien destacó el origen natural de las mismas<sup>1</sup>. La concepción del alma como elemento material llevó a tres escuelas o teorías a considerar la enfermedad de la mente de origen material: la humoral, metódica y neumática<sup>2</sup>.

En el Derecho Romano nos encontramos con el principio “*Furiosi...nulla voluntast est,*”, el estado de furioso carece de responsabilidad. Junto con la figura de los Cerreti y los Lararri considerados poseídos por los Ceres y los Lares a los cuales se les equiparaba a los niños a nivel de responsabilidad criminal, constituyendo así causas de inimputabilidad. Ya en esta época el derecho romano recoge los periodos de locura y lucidez que podrían alternarse en estos sujetos, así como también la locura transitoria, llevando al lucido a ser temporalmente mentecato.

Tras la caída del imperio romano, aparece un largo periodo de oscurantismo. Volviendo a un origen sobrenatural de las enfermedades mentales. Sin embargo, en el derecho español medieval podemos observar tres categorías de desórdenes mentales: locos, furiosos y desmemoriados. En estos casos los sujetos no alcanzaban las penas impuestas en las Leyes de Las Partidas<sup>3</sup>.

En la Edad Moderna estos trastornos se concebían bien de origen natural o sobrenatural. La posesión demoníaca y la brujería, también el alumbrado y el iluminado, eran formas de designarles que denotan la incompreensión que este tipo de enfermos padecían. Por ello la mayoría acababan en manos de la inquisición. Contrasta, con el surgimiento de los primeros manicomios o casas de salud mental. En el año 1409 en Valencia fue fundado el que se considera primer hospital psiquiátrico del mundo<sup>4</sup>. Tan solo unos años después en Zaragoza, se funda el “Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia, que debió acoger a los locos provenientes de todos los reinos<sup>5</sup> .

---

<sup>1</sup> Hipócrates, sobre la enfermedad sagrada, en tratados Hipocráticos.

<sup>2</sup> MEZGER, E. Criminología, editorial revista de derecho privado, Madrid 1942, pp. 97.

<sup>3</sup> Boletín Oficial del Estado . *La obra de Alfonso X el Sabio* 2011.

<sup>4</sup> DOMINGO SIMO, F., “El Hospital de «Ignocents, Folls e Orats» de Valencia” en publicado en *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*. Tomo V, N.º 34.

<sup>5</sup> FERNANDEZ DOCTOR, A. *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el SigloXVIII*, Institución Fernando El Católico, Zaragoza, 1987.

En el periodo de la ilustración los juristas abogaban por la inimputabilidad de los perturbados debido a que considera inútiles los fines de la pena, puesto que ni a nivel general amedrenta, ni a nivel especial corrige al perturbado<sup>6</sup>. Dejando el encierro como única vía de evitar más males.

La Novísima Recopilación y el Derecho de las Partidas constituyeron el precedente de la codificación de la eximente por enajenación mental, pasando así al Código penal de 1822, en su Art 26<sup>7</sup> como causa de inimputabilidad el delincuente “hallándose dormido o en estado de demencia o delirio”. Añadiendo el citado precepto que la puesta voluntaria en la situación de demencia o delirio no exculpa de delito. La fórmula<sup>8</sup> utilizada según la mayoría de la doctrina sería la “psiquiátrica pura”. Sin embargo, otros autores señalan que responde a un criterio mixto por incluir junto al sonambulismo la demencia o delirio en común con la nomenclatura científica de la época y a su vez “o privado del uso de razón”<sup>9</sup>.

El Código de 1870 excluía a los mismos de toda responsabilidad penal, a excepción de que el hecho se produjere en intervalos de razón, como solución jurídica les internaban en psiquiátricos a aquellos que hubiesen cometido delitos graves. Responde según la doctrina<sup>10</sup> a la fórmula psiquiátrica por referirse a la nomenclatura científica de la época, recogiendo como novedad el término imbecil. Dice en su párrafo 1º del artículo 8º: “*Cuando el imbecil o el loco hubiere ejecutado un hecho que la ley califique de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.*”). Y en el párrafo tercero: “*Si la ley califique de delito menos grave el hecho ejecutado por el imbecil o el loco, el Tribunal, según las circunstancias del hecho, practicará lo dispuesto en el párrafo anterior, ó entregará al imbecil ó loco á su familia, si ésta diese suficiente fianza de custodia*”.<sup>11</sup>

Las medidas de seguridad planteadas como alternativas tal como hoy las conocemos surgen de la Escuela Positiva Italiana o también llamada Terza Scuola. A finales del siglo XIX, existía una desconfianza generalizada de los criminólogos en la eficacia de la pena privativa de libertad

---

<sup>6</sup> DE LARDIZABAL Y URIBE, M., *Discurso sobre las penas*, Editorial Comares, Granada, 1997.

<sup>7</sup> Art 26 CP de 1822: “Tampoco se puede tener por delincuente ni culpable al que cometiere la acción hallándose dormido, ó n estado de demencia o delirio ó privado del uso de razón de cualquier otra manera independiente de su voluntad. La embriaguez voluntaria y cualquier otra privación o alteración de la razón de la misma clase no será nunc disculpa del delito que se cometa en este estado, ni por ella se disminuirá la pena respectiva”

<sup>8</sup> A la hora de fundamentar las causas de inimputabilidad con base en trastornos psíquicos o anomalías se han utilizado tres formulas:

1. Fórmula biológica: se configura en atención a la enfermedad o trastorno. La mera existencia de la enfermedad determina la inimputabilidad.
2. Fórmula psicológica: en este caso lo que determina la inimputabilidad son los efectos que sufre el sujeto en el momento de realizar el ilícito.
3. Fórmula mixta: combina las dos anteriores, es decir, exige la existencia de causas biopatológicas que a su vez deriven en unos efectos psicológicos para el sujeto

<sup>9</sup> MATEO AYALA, E “*Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica*”, Dykinson, Madrid, 2005, pg 144.

<sup>10</sup> SALDAÑA, Q, (“*La Psiquiatria y el Código*”) Disponible en <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-psiquiatria-y-el-codigo-952228>

<sup>11</sup> Véase, artículo 8º del Código penal de 1870.

como forma de sanción penal. Circunstancia que atrajo la búsqueda de otra forma de combatir la criminalidad, dando lugar a formulaciones teóricas con base en la peligrosidad del delincuente y la responsabilidad social del infractor para establecer las respuestas necesarias del ordenamiento penal <sup>12</sup>.

En el código de 1926, promulgado durante la Dictadura del General Miguel Primo de Rivera, aparece por primera vez la suspensión o modificación de la pena por perturbación mental sobrevenida en su artículo 55<sup>13</sup>. El mencionado artículo se refiere a la suspensión de la pena para ingresar en un manicomio judicial. Permite mantener el ingreso hasta que así lo acuerde el tribunal. El artículo plantea la hipótesis de que el enfermo recuperase sus capacidades mentales en cuyo caso la permanencia en el manicomio le sería de abono para su condena. Curiosa es sin duda, la excepción de este artículo a la posibilidad de que el reo fingiese la enfermedad; en cuyo caso se le aplicaría la agravante específica recogida en el Art 512 CP de 1926<sup>14</sup>, por quebrantamiento de condena que agravará la pena hasta una tercera parte del tiempo que le faltará por cumplir de la condena original. Si el condenado lo fuese originariamente a pena de muerte, y recobrarse la razón, se le permutaba por pena de treinta años.

En 1932 se adopta una perspectiva biológica o psiquiátrica ya que atribuye al término psiquiátrico un carácter esencialmente valorativo<sup>15</sup> no tomando en consideración los efectos en el sujeto. Ciertos autores aluden a que pudiese estar utilizando el término “enajenado” desde una perspectiva coloquial<sup>16</sup>, refiriéndose a los efectos psicológicos “estar fuera de sí”. Este código supone un cambio por omitir la excepción de los intervalos lúcidos incluyendo el término “trastorno mental transitorio”<sup>17</sup>.

El contenido del Art. 184 del código anterior, la referida al trastorno mental sobrevenido, se unifica en el Artículo 80<sup>18</sup>. Ahora el legislador sintetiza en un solo artículo dos situaciones

---

<sup>12</sup> RODRÍGUEZ MANZANERA, L. *Criminología*. Ciudad de México: Porrúa, 1981, p. 248

<sup>13</sup> Véase, artículo 55 del Código penal de 1928, en, Biblioteca Oficial Legislativa, Vol. XC. Art 55: “*Es el irresponsable el que en el momento de ejecutar la acción u omisión punible, se hallare en estado de perturbación o debilidad mental, de origen patológico, que prive necesariamente y por completo su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia de sus actos, o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella, siempre que no se hubiera colocado en ese estado voluntariamente. Declarada la irresponsabilidad, el Tribunal, conforme a lo dispuesto en los artículos 95, 97 y 98 de este código, según los casos, declarará internamiento del agente en uno de los establecimientos destinados a enfermos de la respectiva clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal*”.

<sup>14</sup> Véase, artículo 512 del Código penal de 1928, en, Biblioteca Oficial Legislativa, Vol. XC (Art 512 CP 1968: “*En el caso de quebrantamiento de condena mediante simulación de enfermedad mental a la que se refiere el artículo 185 de este Código, se impondrá al condenado simulador una agravación que no excederá de la tercera parte del tiempo que le falte para cumplir su primitiva condena, ni será inferior a tres meses*”)

<sup>15</sup> JIMENEZ DE ASUA, L., *La Ley y el Delito*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1976, pp. 340.

<sup>16</sup> CUELLO CALON, E., *Derecho penal*, 3ª Ed., pág. 397

<sup>17</sup> MATEO AYALA, E. “Los antecedentes...”

<sup>18</sup> Art 80 Código Penal de 1932: “*Cuando el delincuente cayere en enajenación después de pronunciada sentencia firme, se suspenderá la ejecución tan sólo en cuanto a la pena personal, observándose en sus casos respectivos lo establecido en el párrafo tercero, número 1.º del artículo 8.º : En cualquier tiempo en que el delincuente recobrare el juicio, cumplirá la sentencia, a no ser que la pena hubiere prescrito con arreglo a lo que establece este Código. Se observarán también las disposiciones respectivas de esta Sección cuando la enajenación sobreviniere hallándose el sentenciado cumpliendo la sentencia*”

diferentes, la detección del trastorno mental después de dictada sentencia firme y una vez cumpliendo la pena.

El proyecto de 1980 se retrotrae a la fórmula utilizada en el código de 1932, imponiendo las medidas de seguridad de carácter post delictual y expresamente tipificadas y judicializadas expresando que no pudiesen ser impuestas salvo en virtud de resolución del tribunal<sup>19</sup>. Atiende a que el hecho constitutivo de delito solo es un indicio de la peligrosidad criminal<sup>20</sup> por lo que también se deberá tener en cuenta la proporcionalidad entre las medidas y la peligrosidad del sujeto<sup>21</sup>.

El proyecto de ley de 1994<sup>22</sup>, sustituye la locución “trastorno mental transitorio” por “cualquier anomalía o alteración psíquica”. No quedando coherente en su redacción, ya que en el mismo articulado utiliza diferentes expresiones. Por un lado, en su artículo 20.1 emplea: “anomalía o alteración psíquica” y por otro en su artículo 60: “Trastorno mental “. Habría sido más acertada la propuesta del anteproyecto por compartir idéntica formulación, “trastorno mental” en los dos artículos referidos<sup>23</sup>.

La fórmula definitivamente adoptada en el código de 1995, combina el factor biológico con el efecto psicológico<sup>24</sup>. Incluye la no comprensión del hecho delictivo con la existencia de una enfermedad. Queda inmodificada la diferencia terminología que hemos explicado en el párrafo anterior.

El Art 60, objeto de nuestro trabajo queda redactado de la siguiente forma: *"Cuando se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental después de pronunciada sentencia firme, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que le hubiere impuesto garantizándose por el Juez o Tribunal que aquel reciba la asistencia médica precisa. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiera prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración en tanto el cumplimiento de la pena resultare*

---

<sup>19</sup> GIMBERNAT ORDEIG, E. Anuario de derecho penal y ciencias penales 1980, Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal, Págs. 101 a 149 del anuario. Artículo 130 del Proyecto: "Nadie puede ser sometido a medidas de seguridad que no se hallen legalmente establecidas y fuera de los supuestos expresamente señalados por las leyes. No podrá imponerse medida de seguridad alguna si no en virtud de resolución del Tribunal que haya conocido del delito enjuiciado y su ejecución, además de ser intervenida judicialmente, no podrá efectuarse en forma distinta a la prevenida por la ley y Reglamentos que la desarrollen.

<sup>20</sup> CERESO MIR, J., *Derecho penal*, 2ªed., pág. 69.

<sup>21</sup> Anuario de derecho penal y ciencias penales 1980, Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal, Págs. 101 a 149. Artículo 133 del Proyecto: "Las medidas de seguridad guardarán proporción con la peligrosidad revelada por el hecho cometido y la gravedad de los que resulte probable que el sujeto pueda cometer".

<sup>22</sup> Proyecto de Ley Orgánica de Código Penal de 1994. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones, Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994. Artículo 21.

<sup>23</sup> MATEO AYALA, E. "Los antecedentes ...", pg. 252

<sup>24</sup> MATEO AYALA, E. *La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de analogía o alteración psíquica en el Código Penal Español*, Instituto de Criminología, 2003.pág. 85.

*innecesario o contraproducente*". Manteniéndose hasta la reforma de 2003, que será comentada más adelante.<sup>25</sup>

## **1.2. Tratamiento legislativo de los trastornos mentales.**

La normativa penitenciaria española hace suyas las recomendaciones, normas, reglas y acuerdos internacionales dotando cada vez de una importancia mayor a la existencia de las personas con trastornos mentales y a la necesidad de otorgarles un tratamiento legislativo diferenciado.

Específicamente en materia de salud mental, la normativa en nuestro país<sup>26</sup> queda establecida con base en La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, proclamada en París el 10 de diciembre de 1948. La Constitución española en su artículo 25<sup>27</sup> reconoce el derecho de los hombres a los servicios sociales necesarios y a gozar de protección en los casos de enfermedad; este derecho junto a los consignados en los artículos 39<sup>28</sup>, 41<sup>29</sup> y 43<sup>30</sup> de nuestra Constitución imponen a los poderes públicos el "deber de proteger social, económica y jurídicamente a la familia e integralmente a los hijos; garantizando la asistencia y prestaciones sociales suficientes en el marco de un sistema público de Seguridad Social"<sup>31</sup> y reconociendo el derecho ciudadano a la protección de la salud, constituyen el marco legal y el mandato imperativo de una profunda modificación en el sistema de Salud Mental hoy vigente".

Respecto a la legislación nacional cabe mencionar, en materia de sanidad la Ley General de Sanidad 1986<sup>32</sup> y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (Art. 7.1 y Art. 14).

---

<sup>25</sup> Véase pág. 12

<sup>26</sup> Fundación Abogacía Española: *Los Enfermos Mentales en el Sistema Penitenciario*. Disponible en <https://www.abogacia.es/publicaciones/informes/informes-fundacion-abogacia/los-enfermos-mentales-en-el-sistema-penitenciario/>

<sup>27</sup> Art 25.2 CE: *Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.*

<sup>28</sup> Artículo 39: 1." *Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.*"

<sup>29</sup> Artículo 41 CE:" *Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.*"

<sup>30</sup> Artículo 43. 1 CE:" *Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*"

<sup>31</sup> CHAMIZO DE LA RUBIA, J. DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ." *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*". Pg. 23.

<sup>32</sup> Art. 20 LGS:" *Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios*"



Dentro del ámbito civil cabe destacar el artículo 200 CC<sup>33</sup> y el Art. 763<sup>34</sup> de LEC internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, los citados artículos versan sobre “enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a una persona gobernarse por sí misma”.

En materia Penal la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal en su: artículo 60, objeto principal de nuestro trabajo y 101<sup>35</sup>, establece que a las personas exentas de responsabilidad penal se les aplicará, si fuera necesario, una medida de tratamiento médico en un establecimiento adecuado para el tipo de alteración psíquica que se aprecie o cualquiera de las medidas no privativas de libertad expuestas en el artículo 96.3 CP.<sup>36</sup>

En la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria, podemos encontrar en su artículo 10<sup>37</sup>, una excepción al régimen abierto o cerrado para los penados ordinarios. Posibilita el traslado a centros especiales en caso de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes, se les destina a centros especiales si el estudio de la personalidad del sujeto denota la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su ingreso en un centro especial.

En el artículo 16<sup>38</sup> se establece que aquellos que presenten enfermedad física o mental podrán estar separados de aquellos que pueden seguir el régimen normal del establecimiento.

En el artículo 36<sup>39</sup> determina que en cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos para velar por la salud mental de los internos y podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y en caso de necesidad o de urgencia en otros centros hospitalarios.

---

<sup>33</sup> Artículo 200 CC: “Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”

<sup>34</sup> Art 763 LEC” 1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”

<sup>35</sup> Artículo 101. 1.” Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.”

<sup>36</sup> Art 96.3CP: . Son medidas no privativas de libertad:1. La inhabilitación profesional.2. La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España. 3. La libertad vigilada 4. La custodia familiar. 5. 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. 6. La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores. 7.La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

<sup>37</sup> Art 10 LOGP: “Uno. No obstante, lo dispuesto en el número Uno del artículo anterior, existirán establecimientos de cumplimiento de régimen cerrado o departamentos especiales para los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, a no ser que el estudio de la personalidad del sujeto denote la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su destino al centro especial correspondiente. Dos. También podrán ser destinados a estos establecimientos o departamentos especiales con carácter de excepción y absoluta separación de los penados, dando cuenta a la autoridad judicial correspondiente, aquellos internos preventivos en los que concurran las circunstancias expresadas en el número anterior, entendiéndose que la inadaptación se refiere al régimen propio de los establecimientos de preventivos.”

<sup>38</sup> Art. 16 LOGP: “Cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de manera inmediata, a una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental y, respecto de los penados, las exigencias del tratamiento.”

<sup>39</sup>Art 36 :En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un Médico Odontólogo y del personal auxiliar adecuado.”

El Reglamento Penitenciario, que en sus Arts. 183 a 191<sup>40</sup>, designa los establecimientos psiquiátricos penitenciarios como centros destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad anteriormente mencionadas. Establece que el internamiento se dará en los siguientes casos: a internos que la autoridad judicial decida su ingreso por observación de su patología psiquiátrica de acuerdo LECRIM, personas a las que se les aplica el cumplimiento de medida de seguridad en un centro de estas características, y aquellos que por enfermedad mental sobrevenida deban ser trasladados a este tipo de centros (Art. 184 c)<sup>41</sup>).

También hemos de hacer referencia a los artículos 991 a 994 de La LECrim<sup>42</sup>, dónde se establece el régimen procesal del incidente de suspensión de la pena por trastorno mental grave sobrevenido. Prevee que el tribunal recabe los informes médicos pertinentes, así como oír al ministerio fiscal y al defensor del penado<sup>43</sup>.

### 1.3 Prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito penitenciario

La regulación en materia de enfermos mentales encierra una problemática muy compleja pues, a pesar de establecer una normativa diferenciada para las personas con trastornos mentales graves (TMG a partir de ahora), por su especial estatus y en algunos casos por su falta de culpabilidad, algunas de estas personas permanecen en el sistema carcelario ordinario como demostraremos a continuación.

Han llegado a ser los trastornos mentales considerados como el principal problema de salud junto con las toxicómanías.<sup>44</sup> Los estudios sobre el número de personas afectadas por un

---

<sup>40</sup> Art. 183 RP: " Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos Centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes "

<sup>41</sup> Art 184 RP c):" penados a los que por enfermedad mental sobrevenida' se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria "

<sup>42</sup> Artículo 991: " Los confinados que se supongan en estado de demencia serán constituidos en observación, instruyéndose al efecto por la Comandancia del presidio en que aquéllos se encuentren un expediente informativo de los hechos y motivos que hayan dado lugar a la sospecha de la demencia, en el que se consigne el primer juicio, o por lo menos la certificación de los facultativos que los hayan examinado y observado. "

Artículo 992.: "Consignada la gravedad de la sospecha, el Comandante del presidio dará cuenta inmediatamente, con copia literal del expediente instruido, al Presidente del Tribunal sentenciador de que procedan los confinados, sin perjuicio de ponerlo en conocimiento de la Dirección General de Establecimientos Penales. "

Artículo 993: "El Presidente pasará el expediente a que se refiere el artículo anterior al Tribunal sentenciador, el cual, con preferencia, oirá al Fiscal y al acusador particular de la causa, si lo hubiere, y dándose intervención y audiencia al defensor del penado, o nombrándosele de oficio para este caso si no lo tuviese, acordará la instrucción más amplia y formal sobre los hechos y el estado físico y moral de los pacientes, por los mismos medios legales de prueba que se hubieran empleado si el incidente hubiese ocurrido durante el seguimiento de la causa, comisionando al efecto al Juez de instrucción del partido en que se hallen los confinados. "

Artículo 994: "Sustanciado el incidente a que se refieren los artículos anteriores en juicio contradictorio si hubiese oposición, y en forma ordinaria si no la hubiese, y después de oír las declaraciones juradas de los peritos en el arte de curar, y, en su caso, de la Academia de Medicina y Cirugía, se dictará el fallo que proceda. El fallo se comunicará al Comandante del presidio, quien, si se hubiese declarado la demencia, trasladará al penado demente al establecimiento que corresponda, todo sin perjuicio de cumplir con lo que el Código penal previene si en cualquier tiempo el demente recobrase su juicio. "

<sup>43</sup> MARTIN RIOS, P.: "Luces y sombras de la ejecución en el borrador de Código Procesal Penal" Universidad de Sevilla

<sup>44</sup> ZABALA BAÑOS, C. "Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia, Ministerio del Interior", Secretaría General Técnica, 2016.

trastorno mental siendo población reclusa han sido escasos, locales y su metodología poco contrastada.

En España tenemos dos estudios realizados por la Secretaria General de Instituciones penitenciarias, acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en prisión. El primero fue realizado en el año 2006, el Estudio de Prevalencia en Cárceles, conocido como PreCa<sup>45</sup> primer estudio epidemiológico multicéntrico en cuanto a los tipos de trastornos, el 3,4% presentaba trastorno psicótico, el 12,8% trastorno afectivo, el 9,4% trastorno de personalidad y el 4,2% otros diagnósticos. El 46% tenía prescrito un tratamiento psicofarmacológico y el 1,8% tenía una discapacidad psíquica acreditada. Este estudio utilizó la historia clínica ya conocida de los pacientes y concluyó que el 25,6%, es decir, uno de cada cuatro internos presentaba algún tipo de patología psiquiátrica.<sup>46</sup>

Algunos años después, en 2011 se publicó el PRECA<sup>47</sup>, esta vez con un enfoque epidemiológico descriptivo, dio resultados mucho más relevantes mostrando que el 84.4% de los internos presentaban algún tipo de trastorno mental, la mayoría muy vinculados al consumo de sustancias tóxicas. Se encontraron diferencias significativas entre la población general y la población penitenciaria. Las tasas de prevalencia de los trastornos mentales son notablemente superiores en la población reclusa, llegando a afectar a nueve de cada diez reclusos. Refleja una probabilidad de entre cuatro y seis veces más que la población general, de sufrir un trastorno psicótico o una depresión severa y hasta 10 veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad.

Resulta igualmente interesante un estudio del año 2012 realizado en los tres centros penitenciarios de El Puerto de Santa María (Cádiz). Con una muestra compuesta por 128 se hayo la prevalencia de TMG del 46,09%.<sup>48</sup>

En 2017 se publicaron nuevos estudios, de dos centros Ocaña I y Ocaña II de Castilla-La Mancha y uno de Madrid VI<sup>49</sup>, que confirmaron los datos revelados por el estudio PRECA. Revelando que los trastornos de espectro esquizofrenia representaban un 11.4%.

---

<sup>45</sup> ZABALA BAÑOS, C. "Prevalencia ..."

<sup>46</sup> HAVA GARCÍA, E. Enfermedad mental y prisión: Análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave. Estudios Penales y Criminológicos, vol. XLI (2021).

<sup>47</sup> PRECA 2011: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA>

<sup>48</sup> MARÍN-BASALLOTE, N. y NAVARRO-REPISO, C., "Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones", Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 14, nº 3, 2012, pp. 82-83.

<sup>49</sup> GARCÍA-GUERRERO, J. "Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration into the General Mental Health Services", Journal of Forensic Sciences, Vol. 65, nº 1, 2020, pp. 160-165.

Los datos más recientes que se tienen datan de 2020, la investigación incluyó a 1328 internos de la cual podemos destacar que: el 81,4% de los internos objeto del estudio presentaba una patología dual, y en el 10,5% presencia de síntomas psicóticos.<sup>50</sup>

El pasado mes de julio de ese mismo año, el gobierno en una respuesta parlamentaria de un diputado de EH Bildu expresó la situación actual de las cárceles: *“alrededor del 4,2% de los internos en centros penitenciarios presentan Trastorno Mental Grave (TMG). A ellos está dirigido el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), que los expertos y propios funcionarios de prisiones tachan de insuficiente. De los 1.834 presos acogidos a este plan, el 38,7% presenta patología dual<sup>51</sup>, el 37,3% trastorno psicótico, el 29,7% trastorno de la personalidad, el 16,7% trastorno afectivo y el 12,4% otro tipo de trastorno”*.<sup>52</sup>

Aunque la diversidad de los estudios presentados, en cuanto al objeto y forma no nos permiten hacer una comparación directa si podemos extraer que la tasa de prevalencia sobre los trastornos mentales es muy elevada en las prisiones ordinarias españolas, siendo un alrededor de un 10% los trastornos que corresponde al TMG.

Y finalmente, aunque abordar, este tema desbordaría el objeto de nuestro estudio, no podemos olvidar destacar la fuerte relación que subyace del consumo de sustancias tóxicas y consumo de alcohol con los trastornos mentales, ya que el 84,9% de los enfermos diagnosticados de enfermedad mental han consumido alguna vez drogas<sup>53</sup>. Factores que a mi juicio también deberían ser tratados con una mayor sensibilidad y especialización.

Estamos ante sujetos que han cometido algún tipo de delito y cuya responsabilidad penal ha sido determinada por los órganos judiciales. Ahora bien, ¿Cómo es posible que la enfermedad mental grave pase desapercibida?

Puede obedecer a distintas razones, como bien apunta el defensor del Pueblo Andaluz en su informe de 1998<sup>54</sup>, al observar los estudios sobre población infractora con enfermedades mentales podemos destacar sus escasos recursos económicos y graves limitaciones en sus facultades para regir su propia persona y sus actos. La masificación de la población penitenciaria española, el cierre de los manicomios con la reforma psiquiátrica de 1986, se

---

<sup>50</sup> Cfr. ARNAU, F., GARCÍA-GUERRERO, J., BENITO, A., VERAREMARTÍNEZ, E. J., BAQUERO, A. y HARO, G., “Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration into the General Mental Health Services”, cit., pp. 161-162

<sup>51</sup> Patología dual: pacientes que desarrollan además de un trastorno mental una adicción.

<sup>52</sup> IÑARRITU GARCÍA, J. “RESPUESTA DEL GOBIERNO (184) PREGUNTA ESCRITA CONGRESO 184/284 18/06/2019 1701” Véase en: [https://www.congreso.es/entradap/113p/e0/e\\_0002492\\_n\\_000](https://www.congreso.es/entradap/113p/e0/e_0002492_n_000).

<sup>53</sup> SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, Informe General 2018, cit., p. 231.

<sup>54</sup> CHAMIZO DE LA RUBIA, J. DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ. “La situación...”. Pg. 23

suman a las deficiencias en la red de salud mental comunitaria y factores internos como el manejo inadecuado con psicofármacos en cuadros que no corresponden dicho tratamiento<sup>55</sup>.

La comprensión de la sociedad hacia la inimputabilidad con base en un TMG aún se ve hoy en día desde el recelo y la desconfianza. Los datos revelan una falta de entendimiento entre lo que la sociedad exige punitivamente, la ciencia de la psiquiatría y el derecho penal. Esto permite que aun existiendo una base penal sólida, que deriva consecuencias diferenciadas de la pena incluso una vez dictada sentencia firme (Artículo 60 CP) todavía persistan presos en esta precaria situación.

## **2. REFERENCIA ESPECIFICA AL ARTÍCULO 60 DEL CÓDIGO PENAL.**

Ubicado en la Sección VI, del Capítulo II, del Título III, del Libro I del Código Penal, este precepto no sufrió modificación alguna fruto de la L.O. 1/2015, por lo que la redacción actual se mantiene derivada de la L.O. 15/2003, de 25 de noviembre, como ya hemos indicado anteriormente<sup>56</sup>.

La redacción originaria de este artículo venía en la línea de los Códigos penales anteriores puesto que no contemplaba la posibilidad de aplicar este incidente a las penas no privativas de libertad.

La reforma de 2003, mantiene la base fáctica del artículo, sin embargo, potencia la función del Juez de vigilancia Penitenciaria permitiéndole, en estos supuestos, acordar la suspensión de la pena y la imposición de las medias pertinentes. El artículo 184 c) del reglamento Penitenciario ya constituía la posibilidad de la aplicación de medidas de seguridad de los penados por enfermedad mental sobrevenida. La citada reforma introduce cambios en cuanto a la regulación de las penas no privativas de libertad, sin conseguir abarcar los problemas más importantes que acarrear en la práctica, por lo que no supone un gran avance.<sup>57</sup>

La redacción actual del Art 60 CP se concreta de la siguiente manera: “*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*

---

<sup>55</sup> ZABALA BAÑOS, C. “Prevalencia ...” Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, 2016.

<sup>56</sup> Véase Pág. 6

<sup>57</sup> VARONA GOMEZ, D. “La reforma de las penas no privativas de libertad (LO 15/2003): ¿Un paso adelante en el sistema de penas alternativas a la prisión”, Revista Española de Investigación Criminológica: REIC Nº 2, 2004

*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”*

Al menos en teoría, este es un mecanismo fundamental de nuestro ordenamiento para evitar la presencia de personas con TMG en las cárceles ordinarias, y poder aplicar medias de seguridad en caso de que el pronóstico de peligrosidad así lo requiera.

Esta suspensión extraordinaria tiene una multiplicidad de fundamentos:

- a. El principio de necesidad de la pena, lo que permite que el Juez pueda suspenderla cuando esta sea innecesaria o contraproducente.
- b. La comprensión del sentido de la pena obedece al principio de capacidad de motivabilidad de las normas penales. Es necesario que el sujeto pueda entender las consecuencias de sus actos para que pueda orientar su conducta y que tenga la posibilidad de hacerlo.
- c. La intervención mínima y la subsidiaridad abren la vía a que el sujeto pueda recibir asistencia médica en cuenta de la estricta intervención penal.

Así como también a la flexibilización de las normas penales en orden de atender a las características concretas en este caso obedece al principio de equidad.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> GUZMÁN DALBORA, J. “El sentido de la pena y la reparación”. Revista de derecho penal y criminología, 3º Época, nº 18 julio de 2017 pgs. 189-214

## 2.1 Determinación Jurídica del trastorno mental.

Un trastorno mental puede definirse como “un síndrome o un patrón de carácter psicológico sujeto a una interpretación clínica que, por lo general, se asocia a una alteración o a una discapacidad”. La enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo. Esto se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones”<sup>59</sup>

En la jurisprudencia podemos observar cómo se ha optado por una definición bastante extensa que permite englobar diferentes patologías. En este sentido entenderíamos, que un trastorno psíquico es un conjunto de síntomas distintivos que provocan un malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativos para la salud de una persona entre ellos podemos destacar:

1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. El origen puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral diagnosticable. (demencias, delirium, u otros originados por lesiones, disfunciones cerebrales o enfermedades somáticas). La importancia radica en el factor orgánico o de deterioro cerebral como elemento diagnóstico. Aquellas personas a las que un deterioro neuroanatómico y funcional del cerebro, les provoca alteración de la conciencia, afectación en la capacidad de atención, en las facultades cognitivas, problemas del lenguaje y de la memoria.<sup>60</sup>

2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. El Tribunal Supremo habla en su STS 211/2011, de 30 de marzo de la esquizofrenia como una enfermedad mental que se caracteriza por una división de la estructura de la personalidad. La persona que la padece puede comportarse con aparente normalidad, pero en ocasiones no le es posible actuar de acuerdo con tales capacidades. Esto se debe a que hay otras funciones psíquicas que el enfermo no reconoce como suyas. El sujeto las atribuye a fenómenos extraños a su persona. Esto le impulsa a actuar en un determinado sentido y le origina una disociación de las vivencias. (esquizofrenia paranoide, catatónica, hebefrénica, etc.).<sup>61</sup>

3. Trastornos del humor o afectivos. El Tribunal Supremo en sus resoluciones se ha referido a estos trastornos del humor con la fórmula de psicosis maniaco-depresivas y ha considerado

---

<sup>59</sup> PIVA TORRES, G: “*Teoría del delito y el Estado Social y Democrático de Derecho*”, J.B Bosch, Barcelona, 2019.

<sup>60</sup> Véase, por ejemplo: Sentencia Audiencia Provincial de Palma de Mallorca (Sección 2ª) Rollo 75/10 núm. 68/11. Fundamento Jurídico quinto.

<sup>61</sup> Véase, por ejemplo: Sentencia Audiencia Provincial de Las Palmas (Sección 1ª), núm. 41/2019 de febrero de 2019, Fundamento Jurídico Tercero.

además que estarían dentro del ámbito o del concepto de anomalías o alteraciones psíquica.<sup>62</sup> En relación a ese estado el Tribunal Supremo 332/97 de 17 de Marzo determina que la capacidad de culpabilidad de estos enfermos está supeditada a la clase e intensidad de los síntomas. Los sujetos pueden comprender el valor de sus actos, pero son incapaces de inhibirlos. En cuanto a los accesos maníacos, puede admitirse una imputabilidad disminuida y en los casos más leves el enfermo se puede percatar de la trascendencia de sus actos, pero no deja de estar afectada en cierto grado la voluntad<sup>63</sup>.

4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En la mayoría de los casos no constituye una anomalía suficiente para avalar la inimputabilidad. Como enfermedades psicológicas originadas por causas psíquicas, son de menor trascendencia, sólo las más acusadas pueden llegar a tener repercusión penal. Estas serían las neurosis de deseo o de protección (traumática, de guerra, de situación, histérica o neurastenia), neurosis incoercibles (obsesivas y de ansiedad) y finalmente las psicopatías<sup>64</sup>.

5. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. STS de fecha 13/11/2012, contiene un completo resumen de la valoración de los trastornos de la personalidad: *“La manifestación esencial de un trastorno de personalidad es un patrón duradero de conductas y experiencias internas que se desvía marcadamente de lo que cultural o socialmente se espera de la persona, es decir, de lo que constituye el patrón cultural de conducta, y que se manifiesta en el área de la cognición, en el de la afectividad, en el del funcionamiento interpersonal o en el del control de los impulsos el patrón es estable y de larga duración y su comienzo puede ser rastreado, por lo menos, desde la adolescencia o la adultez temprana”*. Su origen no debe darse como consecuencia de otro trastorno mental ni deberse al efecto psicológico de una sustancia, ni a una situación médica general.

6. Respecto a la epilepsia el TS ha mantenido la plena imputabilidad<sup>65</sup>, salvo en aquellos supuestos en los que como consecuencia de los ataques epilépticos se haya generado en el sujeto otro trastorno mental que pudiese dar lugar a una causa de inimputabilidad.

Podemos observar en la jurisprudencia como se ha ido perfilando la incidencia de los mencionados trastornos mentales en la determinación de la culpabilidad de los sujetos. En base

---

<sup>62</sup> URRUELA MORA, A: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 265-266.

<sup>63</sup> Sentencia Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª), núm. 1424/2005 de 5 de diciembre de 2005, FJª CUARTO.

<sup>64</sup> Sentencia Audiencia Provincial de Girona (Sección 3ª), núm. 234/200 de 22 de febrero de 2005.

<sup>65</sup> Véase en este sentido: Sentencia Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª), núm.659/1996, de 28 de septiembre y 756/1996, de 21 de octubre.



a esta referencia cabe apreciar cierta distinción, la diferencia fundamental de las circunstancias del art 20.1 CP con el presupuesto del art 60 CP es el hecho de que para ser apreciadas las circunstancias como eximentes o atenuantes es necesario que la circunstancia de la enfermedad incida directamente sobre la comisión del hecho delictivo, sin embargo, en el caso que nos ocupa cobra mayor importancia la gravedad de dicha enfermedad en base a la afección de la capacidad del sujeto de comprender el sentido de la pena.

Las técnicas más utilizadas para la detección de patologías son las escalas de evaluación conductual. Para llegar al diagnóstico realizan una entrevista y/o la observación del comportamiento para evaluar los síntomas. Se componen de distintos items que califican los síntomas para llegar a un perfil que evalúa desde la gravedad en general, como las particularidades del perfil<sup>66</sup>.

Los sistemas diagnósticos y clasificatorios para la codificación de los trastornos mentales más aceptados y utilizados son el DSM-5<sup>67</sup> y el CIE-10<sup>68</sup>.

Sorprende la calificación de grave del trastorno mental que se utiliza en la redacción del artículo objeto de nuestro estudio, el legislador no opta por dicha expresión en el resto del articulado que afecta a las personas con trastorno mental. Esto se debe a la importante necesidad de justificar una medida tras imponer una sentencia, mientras que en el resto de la regulación habla de anomalía o alteración psíquica<sup>69</sup>.

Parece existir cierto consenso sobre algunas dimensiones que deben llevar aparejadas las enfermedades para adquirir el grado de graves: una sintomatología psicótica, duración prolongada en el tiempo, y un cierto grado de discapacidad en diferentes ámbitos funcionales.

La aplicación del artículo 20.1 CP, teóricamente flexible, ha sufrido un esquema mucho más rígido a la hora de apreciarse en los casos concretos, conformando así otro de los motivos del incremento que reflejan los datos de condenados a prisiones ordinarias con TMG. Un estudio sobre la enfermedad mental y las prisiones analiza 105 resoluciones judiciales dictadas por la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo de 2015 a 2020<sup>70</sup> y llega a las siguientes conclusiones: tan solo la existencia de enfermedades de carácter grave permite la valoración del elemento

---

<sup>66</sup> FRANCO FERNANDEZ, ET AL., "Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas", Aries Grupo de Comunicación, Madrid.

<sup>67</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª ed., Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014.

<sup>68</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud, en vigor desde 1990.

<sup>69</sup> CAMPOS PAÉZ, F: "La enfermedad mental en Derecho Penal", (<https://www.feafesandalucia.org/wp-content/uploads/2010/01/Vol3-14-EnfermedadMentalenelDerechoPenal-FabianCampos-.pdf>)

<sup>70</sup> HAYA GARCIA, E. Enfermedad mental y prisión. *Estudios Penales y Criminológicos*, vol. XLI (2021).

psicológico normativo. Además, suele requerirse la manifestación de síntomas psicóticos en el momento de ejecución de los hechos, cosa que es casi imposible de determinar por lo cual es el facto biológico el que determina finalmente la inimputabilidad.

Una vez apreciada la causa de inimputabilidad resulta imprescindible la existencia de un pronóstico de peligrosidad para la efectiva imposición de medidas de seguridad. El pronóstico de peligrosidad se entiende como la probabilidad de que se cometan más ilícitos en el futuro, que ha deducirá de las características y circunstancias concretas del hecho y del sujeto. La determinación de la peligrosidad criminal no debe caer en un mero pronóstico intuitivo<sup>71</sup> por parte de aplicador del derecho pues debe basarse en criterios de objetividad. Hemos de tener en cuenta que si la persona sigue un tratamiento médico adecuado la peligrosidad será muy reducida por lo que la imposición sistemática, que se deduce de la saturación de los psiquiátricos penitenciarios en nuestro país, de internamiento psiquiátrico podría responder más bien a la necesidad punitiva de la sociedad más que a una razón de peligrosidad demostrable.

La valoración de circunstancias que se escapen del ámbito de conocimiento de órgano juzgador corresponderá a los médicos forenses prestarles la debida asistencia técnica en esta materia<sup>72</sup>.

Estas evaluaciones necesarias para orientar al juzgador sobre la realidad psiquiátrica del sujeto adolecen de ciertas dificultades pues no todos los médicos forenses que realizan estas evaluaciones están especializados en psiquiatría.<sup>73</sup> Que sea un médico forense no especializado quién emita la valoración supone una vulneración grave de los derechos del procesado.

El peso de un perito de parte es notablemente inferior a la hora de que el juzgador valore los informes frente al médico forense, las sentencias así lo reflejan.<sup>74</sup>

La psiquiatría es una ciencia compleja, cuyo entendimiento requiere de una alta especialización y más cuando se trata de determinar aspectos tan sensibles como la inimputabilidad o el pronóstico de peligrosidad de personas que están siendo juzgadas, pues esto determina en nuestro sistema penal consecuencias del delito muy diferentes.

---

Me dieron penaE. J., La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control, Madrid, EDERSA, 2004, pp. 67-68

<sup>72</sup>Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. Art 1

<sup>73</sup> HIGUERA GUIMERA J. F.: “Penados con deficiencias psíquicas en establecimientos no psiquiátricos penitenciarios” en Derecho penal y Criminología como fundamento de la política criminal. Estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez, Madrid. Dykinson.

<sup>74</sup> Véase, por ejemplo: Audiencia provincial del Zaragoza, Auto Núm763/2019 de 30 Julio de 2019.

## 2.2 Los diferentes estadios del proceso penal y la apreciación del trastorno mental.

Desde la perspectiva del derecho penal, el momento temporal en el que se detecta el trastorno mental es de vital importancia. La responsabilidad del autor sobre el delito cometido puede variar por la existencia de un trastorno mental. Podemos encontrar en el sujeto tres momentos diferentes de surgimiento, detección o empeoramiento del trastorno mental dando lugar así a distintas consecuencias.

En primer lugar, nos encontramos la posibilidad de que el trastorno mental sea preexistente a la perpetración del delito, y en este caso, si el trastorno mental es grave nos podemos encontrar con la posibilidad de aplicar la eximente completa del Art 20.1 CP.

En segundo lugar, el trastorno mental puede apreciarse antes de que se dicte sentencia firme en varios momentos del proceso, esto nos da lugar a tres posibilidades: que la enajenación mental sobrevenga durante la fase de sumario; durante el juicio oral; o bien que tenga lugar una vez terminado el juicio oral, pero, en todo caso, antes de dictar sentencia. En la primera de las situaciones recién expuestas encontramos la solución por vía del Art 383 párrafo 1º de la LECRIM: “Si la demencia sobreviniera después de cometido el delito, concluso que sea el sumario, se mandará archivar la causa por el Tribunal competente hasta que el procesado recobre la salud, disponiéndose además respecto de éste lo que el Código penal prescribe para los que ejecutan el hecho en estado de demencia”<sup>75</sup>.

Por otra parte, cuando el trastorno mental sobreviene durante la fase del juicio oral, la Ley de Enjuiciamiento Criminal nada dice al respecto. No obstante, algunos autores<sup>76</sup> plantean la posibilidad de aplicar las reglas sentadas por la Ley de Enjuiciamiento Criminal para el trastorno mental sobrevenido en el sumario.

El ultimo supuesto temporal, y siendo este el caso que nos ocupa, la detección de trastorno mental será cuando sobrevenga al haber adquirido firmeza la sentencia. Esto engloba la detección con anterioridad al cumplimiento de la pena o mientras el transcurso de la misma. La expresión del propio artículo 60 CP nos impone tres requisitos para la suspensión de la pena por esta vía: que se trate de un trastorno mental, que sea duradero y que sea de gravedad. Lo

---

<sup>75</sup> BARRIOS FLORES, L. “La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario”, en *Revista Criminalidad*, vol. 57, 2015

<sup>76</sup> VIZUETA FERNANDÉZ, F., “El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme”, *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, nº9, 2007

que quiere decir que es perfectamente compatible que el trastorno mental fuere preexistente y o bien no fuese detectado o bien deviniese más grave.

La última vía, estudiada en este trabajo, es la que parece ser una respuesta legal más afinada. Debido a que vincula la capacidad mental con la capacidad de comprender la pena y su sentido. En este supuesto se evalúa la capacidad del sujeto de comprender el proceso penal y sus consecuencias, en este caso a al situarse en la fase de ejecución permite evaluar en justos términos la capacidad de comprender el proceso<sup>77</sup> pues no es una remisión al momento concreto donde se sucedieron los hechos es una evaluación actualizada, pues la enfermedad puede ser originaria o sobrevenida, de la comprensión de pena que cumple en el momento que se realiza la valoración.

### **2.3 Conocer el sentido de la pena.**

El Artículo 25 de la Constitución Española: establece en su apartado 2: “ *Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social* “

Podemos encontrar la voluntad intrínseca de la pena en el art 59.2 de la ley Orgánica penitenciaria: “*la pena debe ser capaz de motivar la conducta futura del propio reo para que éste asuma las prohibiciones contenidas en la norma y adquiera la capacidad y la voluntad de vivir sin infringirla de nuevo*”.

La pena no cumple una función exclusivamente punitiva, sino que su función ha de ir encaminada al cumplimiento de diversos fines. Se incluyen entre ellos: la prevención general, trata de amedrentar a la sociedad sobre la comisión de delitos, también el de prevención especial que ha de ir encaminado a que el sujeto tome conciencia de que si vuelve a cometer un hecho de las mismas características podrá sufrir una consecuencia similar, así como también el fin de la reeducación que permitirá la reinserción del sujeto una vez finalizada la misma.

Dichos fines no pueden cumplirse sin una participación del sujeto pasivo o al menos que esté en disposición de seguir con provecho el tratamiento de que pueda ser objeto dentro del centro penitenciario. Por lo tanto, es esencial que este comprenda el sentido de la pena, para que la intervención punitiva no sea un mal sustitutivo de un sistema asistencial fallido. Pues si el sujeto

---

<sup>77</sup> FLORES PRADA, I. *Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal.*, Aranzadi, 2017.

no es cognoscitivamente competente para entender su situación no podrá aprender de la misma, lo que hace fracasar toda justificación actual de la imposición de la pena privativa de libertad.

Esta valoración sobre la comprensión del sentido de la pena deberá limitarse a la comprobación de que el penado entiende que ha sido condenado por un juez o tribunal, que se encuentra cumpliendo la condena impuesta y finalmente deberá comprender los aspectos esenciales de la pena: duración y normas del régimen penitenciario.<sup>78</sup>

Por lo tanto, en este artículo no estamos frente a un juicio de peligrosidad, si no de comprensión.

Será después de suspender la pena donde se deberá sopesar la peligrosidad criminal, a la que se refiere el Art 95. 1.2º CP<sup>79</sup> . Es un juicio a futuro que determina la posibilidad de que el sujeto activo inimputable cometa nuevos delitos.<sup>80</sup>

#### **2.4 El Juez de Vigilancia Penitenciaria.**

Con la creación de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria (JVP a partir de ahora), aparece un posible conflicto de competencias entre este y el juez o tribunal sentenciador en el ámbito de las penas privativas de libertad. La atribución de la competencia al JVP viene dada por la L.O. 15/2003, de 25 de noviembre, esta competencia se mantiene no solo para la suspensión de aquellas penas privativas de libertad en centros penitenciarios, sino que también abarcan penas de cualquier naturaleza.<sup>81</sup>

Hasta la entrada en vigor de la L.O. 15/2003 la competencia para realizar este pronunciamiento correspondía al juez sentenciador, con este cambio competencial los artículos 991 a 994

---

<sup>78</sup> GARCIA SAN MARTIN, J. *La suspensión de la ejecución y sustitución de las penas*, Dykinson, Madrid, 2012 (págs. 107-112)

<sup>79</sup> Artículo 95 CP: "1. 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 concurran estas circunstancias:  
1.ª Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.

2.ª 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."

<sup>80</sup> MUÑOZ CONDE, F. *Derecho penal, parte general*, 8ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 52.

<sup>81</sup> WEXLER, D. Y CALDERON, J. "El Juez de Vigilancia Penitenciaria: Un modelo para la creación de juzgados de reinserción en las jurisdicciones angloamericanas en aplicación de los principios del "derecho terapéutico" *Revista Española de Investigación Criminológica*, 01/2004.

LECRIM<sup>82</sup> que no han sido modificados, quedaron obsoletos por lo que ahora han de ser interpretados con relación a la nueva redacción del artículo estudiado<sup>83</sup>.

En cuanto a la competencia territorial del JVP<sup>84</sup>, en caso de no haberse iniciado el cumplimiento de la pena o que la pena a sustituir no sea privativa de libertad será competente el JVP de la jurisdicción de la que fuere el juez sentenciador.

En cuanto a la competencia sobre el control y seguimiento de la medida de seguridad, los JVP aprobaron en el criterio de actuación, el 112.2.º, de 2018 que será del propio JVP que acordó la sustitución de la prisión e impuso la medida de seguridad con independencia del lugar de internamiento<sup>85</sup>.

También le corresponde al JVP comunicar al ministerio fiscal, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, para que inste la declaración de incapacidad ante la jurisdicción civil y el internamiento conforme a las normas civiles si fuere procedente en el caso<sup>86</sup>.

## 2.4 La suspensión.

En nuestro código penal la suspensión de la ejecución de la pena tiene diversas modalidades. Estas son: la suspensión como medida alternativa al cumplimiento de las penas privativas de libertad, regulada en los artículos 80 y siguientes del CP; la suspensión por la tramitación de una petición de indulto prevista en el artículo 4.4 del CP; la suspensión por trastorno mental sobrevenido regulada en el artículo 60 del CP; la suspensión por interposición de recurso de amparo ante el TC cuya posibilidad se encuentra establecida en los artículos 56 y 57 de la LO

---

<sup>82</sup> Artículo 991 LECRIM: “Los confinados que se supongan en estado de demencia serán constituidos en observación, instruyéndose al efecto por la Comandancia del presidio en que aquéllos se encuentren un expediente informativo de los hechos y motivos que hayan dado lugar a la sospecha de la demencia, en el que se consigne el primer juicio, o por lo menos la certificación de los facultativos que los hayan examinado y observado.”

Artículo 992. “Consignada la gravedad de la sospecha, el Comandante del presidio dará cuenta inmediatamente, con copia literal del expediente instruido, al Presidente del Tribunal sentenciador de que procedan los confinados, sin perjuicio de ponerlo en conocimiento de la Dirección General de Establecimientos Penales.”

Artículo 993. “El Presidente pasará el expediente a que se refiere el artículo anterior al Tribunal sentenciador, el cual, con preferencia, oír al Fiscal y al acusador particular de la causa, si lo hubiere, y dándose intervención y audiencia al defensor del penado, o nombrándosele de oficio para este caso si no lo tuviese, acordará la instrucción más amplia y formal sobre los hechos y el estado físico y moral de los pacientes, por los mismos medios legales de prueba que se hubieran empleado si el incidente hubiese ocurrido durante el seguimiento de la causa, comisionando al efecto al Juez de instrucción del partido en que se hallen los confinados.”

<sup>83</sup> FERNÁNDEZ ARÉVALO, L. *Competencias de ejecución penal del Juez de Vigilancia Penitenciaria*, Editorial Aranzadi, Mayo de 2011.

<sup>84</sup> Criterios de actuación y conclusiones y acuerdos aprobados por los jueces de Vigilancia penitenciaria en sus reuniones de 1981 a 2009.

<sup>85</sup> LIDON, J.ºM.º, La ejecución de las penas, Cuadernos penales núm. 15/2019, Bilbao.

<sup>86</sup> Disposición adicional primera del Código Penal: “Cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad criminal por concurrir alguna de las causas previstas en los números 1.º y 3.º del artículo 20 de este Código, el Ministerio Fiscal instará, si fuera procedente, la declaración de incapacidad ante la Jurisdicción Civil, salvo que la misma hubiera sido ya anteriormente acordada y, en su caso, el internamiento conforme a las normas de la legislación civil.”

2/1979, de 3 de octubre, del TC; y por último, tras la reforma operada por la LO 1/2015 conforme se expone en su preámbulo, la libertad condicional pasa a ser regulada como una modalidad de suspensión de la ejecución del resto de la pena<sup>87</sup>.

Al hablar de la pena privativa de libertad que puede suspenderse hemos de entender que engloba la pena de prisión, así como también la de responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa y la de localización permanente. Este artículo permite suspender también las penas no privativas de libertad, pues el propio artículo habilita esta posibilidad bajo la misma condición de incompleción del sentido de la pena que está cumpliendo.

Atendiendo a la RAE suspender significa: “detener o diferir por algún tiempo una acción u obra” y sustituir “Poner a alguien o algo en lugar de otra persona o cosa”.

La definición anteriormente expuesta de “suspensión” no coincide con lo que este artículo pretende pues no existe una detención de temporal, sino que la suspensión que se pretende sobre la ejecución es permanente. La condición temporal, se constituye más bien como una rara excepción a la suspensión ya que la aplicación del artículo 60 exige que la enfermedad sea duradera en el tiempo, por lo que el supuesto que habilita su aplicación, la persistencia del trastorno mental, presupone que no se recobrarla la salud mental al menos en un lapso temporal cercano. Así que el restablecimiento de la salud del penado más que una condición para reiniciar el cómputo se constituye como una excepción.<sup>88</sup>

La suspensión, esta principalmente orientada a ser un favor o beneficio de nuestro sistema penitenciario. Los artículos 80 y ss. podemos clasificarlos como supuestos de sustitución ordinaria. De esta manera el artículo 60 queda fuera de este articulado referente a la sustitución ordinaria constituyendo una excepción.<sup>89</sup>

Como hemos comentado la suspensión no está sujeta a ningún plazo, es más por la propia dinámica del artículo entendemos que tiene vocación de permanencia. Sin embargo, la duración de las medidas de seguridad deberá respetar el principio de proporcionalidad entre el hecho y la medida aseguradora. Ello quiere decir que el tiempo de aplicación no debe resultar ni más gravoso ni de mayor duración que la pena abstracta aplicable al hecho cometido.<sup>90</sup>

---

<sup>87</sup>OSSET BELTRAN, N. *Suspensión de la pena privativa de libertad. Especial referimiento a enfermedad muy grave por padecimientos incurables*. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica, Madrid 2008 Véase en: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Suspension\\_de\\_la\\_pena\\_privativa\\_de\\_libertad\\_12615051X.pdf/67e72ac0-ec5-4cb6-82da-71602dad4e9f](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Suspension_de_la_pena_privativa_de_libertad_12615051X.pdf/67e72ac0-ec5-4cb6-82da-71602dad4e9f)

<sup>88</sup> VIDAL CASTAÑÓN, A. *Los institutos de la suspensión y sustitución de las penas privativas de libertad*, Barcelona, 2006, págs. 13 y 14

<sup>89</sup>CID MOLINE, J. La elección del castigo: Suspensión de la pena o "probation" versus prisión. Editorial Bosch, 2009.

<sup>90</sup> BERDUGO GOMEZ DE LA TORRE, I. *Cursos de derecho penal parte general*, ediciones experiencia, 2004.

Respecto a la suspensión conforme el artículo 80.4 CP: “4. Los jueces y tribunales podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables, salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo.” Se trata de una suspensión relativa a los padecimientos incurables o suspensión de causa humanitaria. Complementando este precepto podemos encontrar en el Art 104.4<sup>91</sup> del reglamento penitenciario la suspensión por esta causa.

Mediante informe médico se demostrará la existencia de dicha enfermedad, en consideración al tipo de enfermedad y pronóstico peligro para la vida y consecuencias relacionadas con afección de las capacidades y condiciones de vida.

Podemos observar en la jurisprudencia al respecto de este artículo<sup>92</sup> que los criterios que determinan la aplicación del Art 80.4 CP se basan en cierta objetividad en las circunstancias que lo habilitan. Valoran ítems como la trascendencia de la incidencia de la estancia en la cárcel en cuanto a que empeoré los efectos de la enfermedad, siendo factores externos susceptibles de valoración objetiva no requiriendo en ningún momento, que varíe su percepción sobre el entendimiento de la pena. ¿Entonces porque en el Art 60 CP se exige ese plus de enfermedad más la distorsión del sentido de la pena? ¿Estamos ante una discriminación por razón del tipo de enfermedad? ¿o es una duplicidad del legislador que recoge en dos apartados distintas dos formas diferentes de suspensión?

Duda no cabe sobre los padecimientos incurables e insoportables que pueden acarrear ciertos tipos de enfermedad mental, la doctrina<sup>93</sup> sí que ha llegado a unificar estos dos tipos de enfermedades entorno a la antigua redacción del Art 143.4 CP<sup>94</sup>, la eutanasia, de donde los padecimientos psíquicos se incluían como supuesto para poder aplicar el tipo atenuado.

Con la nueva ley de la eutanasia<sup>95</sup>, encontramos en sus líneas una confirmación de lo que venía diciendo la doctrina. Para el legislador los graves padecimientos físicos y psíquicos se sitúan

---

<sup>91</sup> Art 104.4 RP: ” 4. Los penados enfermos muy graves con padecimientos incurables, según informe médico, con independencia de las variables intervinientes en el proceso de clasificación, podrán ser clasificados en tercer grado por razones humanitarias y de dignidad personal, atendiendo a la dificultad para delinquir y a su escasa peligrosidad.”

<sup>92</sup> Auto 350/1996, de 9 de diciembre, párrafo 2 del FJ1; Véase El Tribunal Supremo en Sentencia 1545/2001, 26 julio.; Audiencia Provincial de Zaragoza en Auto de 11 febrero 2009.

<sup>93</sup> Véase entre otros: DIEZ RIPOLLES, J.L. Derecho penal español. Valencia. Tirant lo Blanch, 2016 pgs 553 y ss.

<sup>94</sup> Artículo 143.4 CP: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

<sup>95</sup> Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.



al mismo nivel de importancia, al menos en cuanto al rango de protección legislativa ya que aparecen siempre en una alternatividad, pero conformando un mismo supuesto de hecho. Así se pone de manifiesto en su artículo 3 pues define, una enfermedad grave o incurable como: *“la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.”*

Y la nueva redacción del 143.4 CP: *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.”*

Han llegado a considerarse tan graves el hecho de padecer estos sufrimientos que el legislador ha decidido habilitar la disponibilidad sobre la propia vida.

Hecho que resalta la discrepancia práctica de que se apliquen dos tipos de suspensiones diferenciadas, pues ¿acaso el sufrimiento que acarrea un TMG difiere en algo de un padecimiento físico?

La vinculación de los malestares físicos y psíquicos va mucho más allá de la supuesta dualidad que el legislador se empeña en remarcar con la disyuntiva “O”, pues el padecer uno propicia la aparición del otro. Quizás nos quedaban muchos pasos que dar antes de impulsar una ley de tal envergadura como es esta. Pues sin un adecuado sistema asistencial, incluido a nivel penitenciario, nadie es libre de decidir sobre su propia vida pues se va a ver condicionado por la incomprensión y la falta de medios sobre todo cuando se trata de enfermedades de tipo mental.

## **2.5 La prescripción.**

Respecto al apartado dos del artículo tratado, refiere al supuesto en el que la suspensión se interrumpe por el restablecimiento de la salud del penado. Habilita al juez a extinguir la pena o reducir la duración si esta resulta innecesaria o contraproducente.

Nos remitiremos al Art. 130.7° CP la prescripción de la pena extingue la responsabilidad criminal, por el transcurso de los plazos previstos en el Art 133.1. CP. Para determinar si una pena ha prescrito, atenderemos a los criterios del 134 CP para determinar el momento en el que se ha iniciar el cómputo.<sup>96</sup>

Si se restablece la salud mental del penado antes de que prescriba la pena el juez o tribunal puede darla por extinguida si el cumplimiento de misma resulta innecesario o contraproducente. Si por las circunstancias del caso resulta necesario el cumplimiento de la pena esta deberá de reducir su duración pues habrá de tenerse en cuenta todo el tiempo que el reo ha estado privado de libertad. La Circular de Fiscalía 2/2004<sup>97</sup> aclara a este respecto que: *“Debe entenderse que aun cuando la decisión sea la de ordenar el cumplimiento de la sentencia, necesariamente habrá de reducirse su duración, descontando del período pendiente de cumplimiento todo el tiempo en que el reo hubiere estado privado de libertad en cumplimiento de la medida de seguridad sustitutiva de la pena suspendida”*.

Si la pena no fuese reducida, y se hubieran impuesto medidas de seguridad el sujeto estaría duplicando su condena.

La suspensión del cumplimiento de la pena que plantea el artículo 60 CP no supone el simple archivo de la ejecutoria, ya que obliga al juez o tribunal sentenciador a supervisar con cierta periodicidad el estado de salud del reo.<sup>98</sup>

## **2.6 El procedimiento.**

Los art 991 a 994 LECrim<sup>99</sup> se ocupaban de este incidente por trastorno mental sobrevenido cuyo conocimiento venía a tribuido a Jueces y Tribunales sentenciadores. Sin embargo, esta regulación queda anticuada y deberá reinterpretarse la luz de la reforma del CP de 2003.

Las fases de incidente son las siguientes:

La incoación se produce normalmente por petición del propio penado o su representante legal o bien por comunicación que realice el centro penitenciario o el Juez o Tribunal sentenciador

---

<sup>96</sup> CARDENAL MONTRAVETA, S. Pasado, presente y futuro de la suspensión del cómputo de la prescripción de la pena, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 12 junio 2019

<sup>97</sup> Circular 2/2004, de 22 de diciembre, sobre aplicación de la reforma del Código Penal operada por Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre (primera parte). Pg. 27

<sup>98</sup> Consulta 5/1999, de 16 de diciembre, sobre problemas que plantea el internamiento de quienes tienen suspendida la ejecución de una pena privativa de libertad por trastorno mental grave sobrevenido a la sentencia firme.

<sup>99</sup> Véase pág. 21

en caso de las no privativas de libertad. Así como por el propio Juez de Vigilancia penitenciaria, en base al principio de oficialidad.

Solo se exige la existencia de un informe médico forense pronunciándose sobre el estado mental del sujeto. Deberá determinar la existencia de una enfermedad mental que tenga incidencia en la esfera cognitiva y volitiva sobre la conciencia del sujeto del sentido de la pena.

La resolución ha de darse mediante auto motivado. Si se denegase la suspensión finaliza el proceso salvo los recursos que caben contra el auto. Si la resolución acordase la suspensión debemos diferenciar entre las opciones que abre la nueva redacción del artículo 60 CP es decir que se suspenda una pena privativa o no privativa de libertad y que se imponga o no medida de seguridad<sup>100</sup>.

## **2. TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL**

A través de diferentes autos de los juzgados de vigilancia penitenciaria pasaremos a analizar en las siguientes líneas los requisitos y condiciones que han permitido la aplicación o la desestimación de la vía planteada en el artículo objeto de nuestro estudio.

-Suspensión y sustitución de la pena por ingreso en establecimiento psiquiátrico penitenciario: En este caso el procedimiento es iniciado por el propio centro penitenciario Puerto de Santa María 1<sup>101</sup>, se insta informe del médico forense sobre un recluso y se le diagnostica de trastorno mental grave por concurrir en el un retraso mental junto con un déficit de escolarización y de educación. Debido a esta condición el penado no tiene conciencia sobre la condena. Procediendo así la suspensión de la pena y la imposición de una medida de seguridad en Establecimiento Psiquiátrico Penitenciario. Con el fin de garantizar la asistencia médica precisa procede el Juez de Vigilancia Penitenciaria a la imposición de medida de seguridad privativa de libertad en Establecimiento Psiquiátrico Penitenciario (recogida en el artículo 96.2.1 del Código Penal).

---

<sup>100</sup> MARTIN RIOS, P.. *Luces y sombras de la ejecución en el borrador de Código Procesal Penal LA LEY n°107*, marzo-abril 2017. Ed. Wolters Kluwer

<sup>101</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, a fecha de 10 de 03 de 2014, Razonamiento Jurídico Único.

La duración no podrá exceder de nueve años, doce meses y doscientos veintidós días, debiendo dicho establecimiento remitir trimestralmente a este Juzgado informe relativo a la evolución de la enfermedad.

-Suspensión de la pena e internamiento en centro de deshabitación:

Un interno Centro Penitenciario de Castellón II presenta un diagnóstico de trastorno de la personalidad mixto con rasgos antisociales, trastorno de la tourette, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno psicótico, trastorno relacionado con sustancias por consumo de cocaína, cannabis y alcohol. Por lo que el propio centro penitenciario insta el procedimiento. Se acordó que el penado fuera reconocido por el Médico Forense, el mismo determina que los trastornos que padece no le permiten conocer el sentido de la pena privativa que sobre el recae.<sup>102</sup>

El sujeto se haya judicialmente incapacitado recayendo la tutela sobre la Generalitat Valenciana. Por ello y en virtud del artículo 60 se le da traslado al centro de deshabitación de referencia.

Resulta cuanto menos impactante que un sujeto incapacitado judicialmente comparta celda con aquellos que están en pleno uso de sus capacidades, lo que nos obliga a plantear cómo es posible que un sujeto con tales limitaciones hasta 2013 no sea trasladado a un centro más adecuado cuando las penas a sustituir datan del año 2011.

Breve referencia se hace en este auto a la peligrosidad del sujeto, ya que refiere brevemente a la existencia de orden de alejamiento con respecto a la madre del sujeto.

-Denegación de suspensión de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad:

En este caso, nos encontramos ante la petición de suspensión de pena no privativa de libertad. Habiendo sido condenado el sujeto a 46 días de trabajos en beneficio de la comunidad y 8 meses de privación de tenencia y porte de armas, a instancia de parte se ruega la suspensión por vía del Art 60 CP<sup>103</sup>.

El penado J.F.G.S. permanece ingresado en la Unidad de Rehabilitación psiquiátrica en el Hospital los Montalvos para estabilización psicopatológica y entrenamiento en las habilidades cotidianas. Diagnosticado de trastorno límite de la personalidad con algún episodio psicótico, había presentado abuso de alcohol en las fechas previas al ingreso. Necesita de tratamiento psicofarmacológico continuo.

---

<sup>102</sup> Auto del juzgado de vigilancia penitenciaria de Castellón, a fecha de 29 del 4 del 2013.

<sup>103</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Salamanca, de fecha 13 del 5 de 2008.

Dictamina el Médico Forense que dicho trastorno no le impide conocer el sentido de pena, en este caso de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, ya que es plenamente consciente de los hechos cometidos y su repercusión.

Dichos trabajos en beneficio de la comunidad se consideran beneficiosos, para que el sujeto se establezca y adquiera más habilidades sociales. Estando capacitado para realizar trabajos sencillos no procede la suspensión de la pena la cual deberá cumplirse tras el tratamiento clínico<sup>104</sup> que le está siendo administrado. El auto deja constancia de que el alcohol incrementa su bajo control de impulsos, así como su intolerancia a la frustración. Dice el JVP que es fundamental que abandone el consumo de alcohol y que el sujeto “puede llegar a abandonar” dicho consumo.

-Suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad pendientes de cumplimiento por interno en Hospital Psiquiátrico.

En el siguiente auto que pasaremos a analizar, la incoación del procedimiento proviene de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Sevilla, ya que un interno de dicho centro acumula 10 ejecutivas de amenazas, daños y lesiones<sup>105</sup>.

El penado ha extinguido la medida de seguridad que le fue impuesta por 1 año y 3 meses por un delito de desobediencia en concurso medial con amenazas. A la vista de los informes psiquiátricos el sujeto padece un trastorno por ideas delirantes, por lo que su capacidad de auto gobierno y su conciencia de enfermedad son escasas. Por lo que trasladar al interno a un Centro Penitenciario ordinario supone un perjuicio para su evolución clínica ya que interrumpe el régimen de vida que actualmente sigue el paciente con sus salidas terapéuticas con personal del centro son beneficiosas para el tratamiento psiquiátrico que el internado recibe. La evolución del tratamiento que está recibiendo es favorable desde el punto de vista psicopatológico ya que no ha desarrollado sin síntomas negativos de enfermedad tales como empobrecimiento verbal y de pensamiento, por lo que considera necesaria su continuación en el citado centro

El penado tiene escasa conciencia de la enfermedad que padece lo que le impide conocer el sentido de la pena, permitiendo así la aplicación del artículo 60 CP.

---

<sup>104</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Salamanca, de fecha 13 del 5 de 2008.

<sup>105</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla fecha 26/07/07.

-Suspensión y sustitución de la pena.

El condenado A.M, cumple pena de prisión en el Centro Penitenciario de Topas presentaba según los informes del médico penitenciario un cuadro psicopatológico consistente en ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio, alucinaciones auditivas, alteraciones del pensamiento en forma de robo y difusión, lenguaje desorganizado, agresividad, comportamiento disruptivo que hacen sospechar un trastorno psicopático. Por ello se remiten las actuaciones al Ministerio fiscal<sup>106</sup>.

Se solicita informe al Médico Forense quién concluye que el penado sufre trastorno mental grave, y con el fin de garantizar la asistencia médica precisa procede la imposición de medida de seguridad privativa de libertad en establecimiento Psiquiátrico Penitenciario recogida en el artículo 96.2 1.ªCP este Juzgado, informe relativo a la evolución de la enfermedad.

-Rechazo a la sustitución de la pena por falta de camas según argumenta el Ministerio Fiscal. Un caso que llama la atención se trata de un sujeto que padece oligofrenia, esquizofrenia injertada con deterioro psicótico y síndrome demencial por lo que no está en condiciones de regir bienes y persona, requiriendo tratamiento psiquiátrico especializado y tutela familiar o institucional. No es consciente de su situación de interno en el Centro Penitenciario, además sus déficits de aprendizaje le hacen mínimamente educable. Por lo que, en su caso, la pena pierde la posibilidad de actuar como elemento rehabilitador.

Obligado resulta plantearnos si la situación que pone de relieve el informe médico no era patente en el momento de dictar sentencia. El Forense determina que la situación mental del penado va en deterioro y no es previsible que mejore, en consecuencia, parece inminente la aplicación del art 60 CP, pero el fiscal argumenta en contra en base a no existir centros especializados para este tipo de enfermos.

El juez del caso tiene a bien argumentar:

“1.- Que el propio interno tiene un hermano ingresado desde niño en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo.

2.- Que las dificultades de acogida de este tipo de enfermos mentales no pueden condicionar la actuación del Juzgado cuando se dan casos tan notorios como el actual.

---

<sup>106</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de León, de 7 de abril de 2006.

3.- Que corresponde a los responsables de la Administración Sanitaria en el Principado de Asturias, y no a este Juzgado, solucionar los innegables problemas que existen para la acogida en régimen de internamiento de enfermos mentales.”

Finalmente, se decreta su internamiento en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo”<sup>107</sup>

-Denegación de la suspensión procedencia de la asistencia psiquiátrica por medio de consultas externas

En el centro de Alicante II, un varón de 31 años, que revisada su historia clínica presenta los siguientes antecedentes médicos: “Retraso escolar y problemas de aprendizaje. Politoxicomanía iniciada a los 10 años. Alteración de la conducta por trastorno sociopático de la personalidad. Inteligencia límite 66%. Disfemia por trastorno del lenguaje. Infección por virus de la hepatitis C. Diagnosticado de psoriasis en 1998. Hernia hiatal por deslizamiento con esofagitis. Trastorno convulsivo no bien especificado (probable epilepsia)”.

Tras la exploración del paciente se concluye que posee la capacidad de raciocinio suficiente para comprender la pena a pesar de su inteligencia límite y el trastorno antisocial de personalidad. No obstante, se pone de relieve la necesidad de tratamiento y control del paciente en un centro especializado. La cual se hará desde el propio centro donde cumple condena y a través de sus consultas externas.<sup>108</sup>

Finalmente desatacar, el caso reflejado en el Auto 542/2019 de la Audiencia Provincial de Zaragoza que hace referencia a un problema ya mencionado en este trabajo pues rechazan la valoración pericial por ser un informe de parte denegando bajo esta justificación la suspensión de la pena. Este auto, aprovecha el comportamiento desadaptativo del interno (déficit de control de impulsos, violencia, poca participación...) para justificar la no necesidad de la suspensión de la pena, cosa que a nuestro juicio es completamente contradictoria puesto que son precisamente las señales de desadaptación buenos indicadores de la existencia de un TMG.

#### **4. ALGUNOS PROBLEMAS DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA.**

A principios del siglo XV, como ya hemos mencionado al inicio de este trabajo, de la mano de Juan Gilabert Jofré nació el primer Hospital de Inocentes para acoger a las personas con

---

<sup>107</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Asturias a fecha de 11 del 5 de 2005,

<sup>108</sup> Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Alicante fecha 28 de Febrero de 2005.

problemas mentales. Estos centros se caracterizaban por el hacinamiento y por la atención no cualificada. Los motivos de ingreso en estos centros en el siglo XVIII era el orden público<sup>109</sup>.

Hasta el siglo XIX no se crearon hospitales específicos cuyo objetivo fuese el de otorgar un tratamiento médico.

Fue a principios del siglo XX cuando se formó una enfermería de tipo mental, hasta que en 1926 se creó la primera escuela de Psiquiatría para el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, aunque aún se usaban métodos como la lobotomía o el electroshock.

En 1950 se empezó a utilizar el primer medicamento antipsicótico, y en 1970 se creó la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico, pero fue en los años 80 cuando el ministerio de Sanidad llevó a cabo la plena integración de la salud mental dentro de la asistencia sanitaria general.<sup>110</sup>

Dicha integración supuso el cierre de los manicomios. A nivel estatal se crearon tan solo dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios uno en Sevilla y otro en Foncalent (Alicante). Entre los dos centros cumplen medidas de internamiento unas 400 personas<sup>111</sup>.

#### **4.1 Tratamiento legislativo del trastorno mental en prisiones de España.**

En el Reglamento penitenciario se reconoce en sus artículos 108 y 209 el derecho de las personas con trastorno mental acceder y disfrutar de las prestaciones públicas para su salud y el artículo 60 del Código Penal, que supone que la detección de un trastorno mental grave en un centro penitenciario conlleva suspensión inmediata de la pena de prisión y su traslado a un recurso especializado de la red de salud para su atención médica y psicosocial.

El 1 de diciembre de 2004 debió darse cumplimiento a la disposición sexta de la ley 6/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas para su integración en los servicios autonómicos de salud. Más de quince años después, solo Euskadi y Cataluña han hecho efectiva esta competencia, mientras aquellas personas que están en prisiones del resto del estado sufren las consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad de la atención sanitaria que reciben.

---

<sup>109</sup> NOGALES ESPERT, A. *La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el S XV*.

<sup>110</sup> VENTOSA ESQUINALDO, *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España: siglos XV al XX: una aproximación histórica*, ediciones Díaz de Santos, 2000.

<sup>111</sup> CEREZO, A. Y DÍAZ, El enfermo mental en el medio penitenciario español Anabel Cerezo y David Díaz Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología, *international e-Journal of Criminal Science*, Artículo 2 Número 10, 2016.



Por lo que actualmente siguen siendo los servicios asistenciales los encargados de atender las patologías mentales. Según la C.C.A.A a la que corresponde se da una forma de atención psiquiátrica:

- (a) el médico psiquiatra, pertenece al cuerpo de facultativos de instituciones penitenciarias;
- (b) el médico psiquiatra es un consultor, contratado por el centro penitenciario;
- (c) el médico psiquiatra pertenece a la red comunitaria de salud mental y se desplaza al centro penitenciario, según los acuerdos de colaboración;
- (c) consultas en los servicios de salud mental de la red comunitaria con custodia por las fuerzas de seguridad del Estado

#### **4.2. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión.**

El tratamiento penitenciario viene regulado en el Título III de la LOGP de 1979, artículos 59 a 72 y en el título V del Reglamento del 1996, artículos 110 a 153. Según el artículo 59 de la LOGP, el tratamiento consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y la reinserción social de los penados y pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la ley penal, así como de subvenir a sus necesidades.

Las Instituciones Penitenciarias dan respuesta a las necesidades de los enfermos que permanecen en prisión. Para ello se crearon dos programas, el PAIEM<sup>112</sup> y el Programa Puente, para la identificación y tratamiento de la enfermedad mental durante el ingreso en prisión, y finalmente a favorecer el proceso de reinserción.

El protocolo PAIEM consta de equipo multidisciplinarios en los centros penitenciarios, dirigidos por los directores de sanidad y compuestos por todos los profesionales necesarios para las actividades asistenciales necesarias (personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de Asociaciones u ONGs, juristas, maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia).

---

<sup>112</sup> Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web>.

Su labor es de gran importancia para detectar y tratar los problemas de salud que se observan en la prisión, con sus patologías cambiantes y complejas. Sirve de puente hacia otros programas más específicos como aquellos dirigidos a los drogodependientes o para discapacitados intelectuales.

Este programa permite un diagnóstico, así como un plan individualizado y un seguimiento de las disfunciones adaptativas del reo. La intervención que se realiza cuando se detecta un trastorno mental grave implica tres procesos: recuperación de la salud, proceso rehabilitador y continuidad del tratamiento.

El modelo de intervención comienza con el diagnóstico, para la detección del posible TMG se establecen una serie de pautas como: manifestar que oye voces, sobrestimación de si mismo, lenguaje incoherente, conductas extrañas, apariencia extraña, elevada impulsividad, deterioro del aseo personal, haber cumplido una medida de seguridad, historial clínico, informes externos o recibir prestación por minusvalía psíquica.<sup>113</sup>

Una vez detectado y estabilizado, se elabora un programa de rehabilitación con el objetivo de conseguir la mayor autonomía posible del paciente.

El tercer paso se refiere a la externalización penitenciaria, es la continuidad de los cuidados en la red sociosanitaria debe llevarse a cabo antes de su libertad, para paliar el estrés del cambio. Los recursos humanos con los que cuenta el protocolo PAIEM, responden a un enfoque biopsicosocial de la intervención con estos pacientes: Personal sanitario, psicólogo, Educador, Trabajador social y siempre que fuera posible: profesionales de ONGs, jurista, maestro, un monitor deportivo, monitor ocupacional y funcionarios de vigilancia.

El nivel de intervención se fija por la evolución de habilidades y de áreas deficitarias. Los integrantes del equipo multidisciplinar tutorizaran a los enfermos a fin de conseguir una relación más directa cercana y estable con el enfermo.

---

<sup>113</sup> ANEXO I programa de atención integral a enfermos mentales. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web>.

## 5. CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo hemos podido observar cómo ha ido evolucionando en la historia la concepción del derecho y de la sociedad sobre los trastornos mentales. La comprensión de la realidad que viven estas personas aun es algo que nos queda lejos.

El derecho penal y la psiquiatría son dos ciencias obligadas a entenderse que aun hoy parecen hablar en idiomas distintos, pero han de caminar de la mano si queremos que los fines de resocialización de las penas den sus frutos. El precepto analizado en estas líneas cumple una función muy importante, pues es capaz de detectar una situación incongruente con nuestro sistema penal, que una persona sin capacidad de culpabilidad cumpla pena de prisión y le reubica permitiendo que reciba el tratamiento médico preciso.

Quizás debiese incorporarse en el protocolo PAIEM, una vía directa para acceder a esta forma de suspensión de la pena. No logro comprender porque en el sistema penal que tiene a bien diferencias entre penas y medidas de seguridad (por entender que tienen fundamentos diferentes, así pues, la pena se basa en la culpabilidad y la medida de seguridad en la peligrosidad criminal) existen sujetos de dudosa capacidad de culpabilidad en cumpliendo penas, existiendo una vía como es el artículo 60 CP preparada para solventar estas incorrecciones. Quizás sea la falta de recursos o la falta de interés por tratar a estas personas lo que provoca que apenas haya más de diez autos de los JVP que apliquen este incidente en sus casi dieciocho años de historia.

Finalmente, lo que se aplica en la mayoría de los casos son unos cuidados especiales dentro de la propia prisión en base al protocolo PAIEM. Refiriéndonos a las estadísticas mostradas en este trabajo, alrededor del 25% de los internos padecen enfermedad mental, extrapolando datos estaríamos hablando de unas 15.000 personas necesitadas de tratamientos de estas características. Las plazas de los hospitales psiquiátricos penitenciarios apenas tienen capacidad para 400 personas.

A la sociedad aun hoy demasiado punitiva, le cuesta entender que haya sujetos que tras cometer un ilícito penal puedan quedar completamente impunes. Es por ello por lo que la única alternativa a la cárcel parece ser el psiquiátrico penitenciario, absolutamente desbordado. Cuando la solución debiese ir encaminada a hacer una evaluación real de la peligrosidad criminal de un sujeto, que con los tratamientos adecuados se verá severamente reducida, y solo en caso de ser estrictamente necesario, en función de las características de peligrosidad criminal

del sujeto, ser privado de libertad pues así lo exige el principio proporcionalidad de las medidas de seguridad.

Los datos indican que la tendencia va en aumento, por lo que nos encontramos con instituciones desbordadas, en circunstancias que requieren de atención personalizada y específica

Mantenerlos en módulos normales sin aumentar los medios materiales y personales provoca carencias, en los propios enfermos, en el resto de presos, pero también en los trabajadores de los centros penitenciarios. Desde la plataforma “tu abandono me puede matar” (que agrupa en todo el país a buena parte de los 23.000 empleados públicos que prestan servicio en las cárceles españolas) denuncian el problema que supone el alto porcentaje de enfermos mentales, lamentan no tener ni formación ni los medios necesarios para atender estos casos lo que genera mucha tensión y agresiones.

Parece increíble que en la sociedad de la especialización, aun hoy hay médicos forenses no especializados en psiquiatría y que no nos llevemos las manos a la cabeza. Pues parece ser que estamos construyendo la casa sobre el tejado, permitimos la disponibilidad de la propia vida cuando aún no hemos dotado a las personas de herramientas para ejercer su libertad y esto solo se consigue con un sistema integral a la salud mental, que sensibilice a jueces peritos y demás personas involucradas en el proceso de las vicisitudes del complejo mundo de las enfermedades mentales graves.

Tenemos una base legal capacitada para responder adecuadamente a lo que la ciencia de la psiquiatría nos enseña sobre la capacidad de los sujetos, solo falta actuar en consecuencia como sociedad pues tenemos los medios, pero no se están dando las soluciones adecuadas.

No podemos concluir este trabajo sin hacer una breve referencia a la pandemia del covid-19 y como ha afectado al colectivo penitenciario que fue declarado como “colectivo vulnerable” por la orden del Ministerio de Interior 407/2020 de 12 de mayo. Supuso la restricción de acceso de familiares y profesionales a los centros penitenciarios. Nueve grupos parlamentarios pidieron en el Congreso que se pusiera en libertad a las personas con patologías susceptibles de suponer un riesgo ante la covid-19, que junto otras medidas de flexibilización de la condena se pusieron en marcha en marzo de 2020.

Supone esto un ejemplo de como el derecho a la salud y la integridad física supone un factor de ponderación del derecho punitivo estatal, cuestión que se vuelve de mayor importancia cuando la afección a la salud proviene de una enfermedad de tipo mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barrios Flores, L.F. 2015, "La internación psiquiátrica por razón penal en España : ejecución de la medida en el ámbito penitenciario", *Criminalidad*, vol. 57.
- Cardenal Montraveta, S. "Pasado, presente y futuro de la suspensión del cómputo de la prescripción de la pena". *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 12 junio 2019
- Cerezo Domínguez, A.I. & Díaz Sánchez, D. 2016, "El enfermo mental en el medio penitenciario español", *International e-journal of criminal sciences*, nº 10.
- Cerezo, A. & Díaz, D. 2016, "El enfermo mental en el medio penitenciario español.", *International e-Journal of Criminal Sciences*, nº. 10.
- Domingo Simo, F., "El Hospital de «Ignocents, Folls e Orats» de Valencia". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América. Tomo V, N.º 34*
- Espinosa Iborra, J. 1997, "El tratamiento del enfermo mental en el nuevo código ". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 17, nº. 64.
- Fernandez Doctor, A. "El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el SigloXVIII" *Institución Fernando El Católico, Zaragoza, 1987.*
- Fernández Arévalo, L. "Competencias de ejecución penal del Juez de Vigilancia Penitenciaria". *Editorial Aranzadi, Mayo de 2011*
- Franco Fernandez, et al." Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas", *Aries Grupo de Comunicación, Madrid.*
- Garcia San Martin, J. "La suspensión de la ejecución y sustitución de las penas," *Dykinson, Madrid, 2012.*
- Guzmán Dalbora, J.L. 2017, "Sentido de la pena y reparación / The meaning of the penalty and of the reparation", *Política criminal*, vol. 12.
- Garcia Guerrero, J. "Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration into the General Mental Health Services", *Journal of Forensic Sciences, Vol. 65, nº 1, 2020.*

- Hava García, E. “Enfermedad mental y prisión: Análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave”. *Estudios Penales y Criminológicos*, vol. XLI (2021).
- Higuera Guimerá J. F. “La prueba pericial psiquiátrica en los procedimientos judiciales penales y la medicina forense en España: Una respetuosa llamada “urgente” de atención. *La ley penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*”. *Derecho penal y Criminología como fundamento de la política criminal. Estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez, Madrid. Dykinson.*
- Higuera Guimerá J. F. “Penados con deficiencias psíquicas en establecimientos no psiquiátricos penitenciarios”. *Derecho penal y Criminología como fundamento de la política criminal. Estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez, Madrid. Dykinson.*
- Hipócrates. “Sobre la enfermedad sagrada.”. *En tratados Hipocráticos.*
- Lardizábal y Uribe, M. “Discurso sobre las penas”. *Editorial Comares, Granada, 1997.*
- Marín Basallote, N. y navarro-Repiso. C., “Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 14, nº 3, 2012.*
- Mateo Ayala, E. J. “ La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control”, *Madrid, EDERSA.*
- Mateo Ayala, E.J. “Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica.” *Dykinson 2005.*
- Mateo Ayala, E.J. “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de analogía o alteración psíquica en el Código Penal Español”, *Instituto de Criminología, 2003.*
- Mezguer, E. “Criminología”, *editorial revista de derecho privado, Madrid 1942.*
- Muñoz Conde, F. “ Derecho penal, parte general” *8ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010.*

- Osset Beltrán, N. Suspensión de la pena privativa de libertad: especial referencia al supuesto por enfermedad muy grave con padecimientos incurables. 2015.
- Ríos Martín, J.C. “Luces y sombras de la ejecución en el borrador de Código Procesal Penal“ *Universidad de Sevilla*
- Ríos Martín, J.C., Pascual Rodríguez, E. y Pascual Rodríguez, E. “ Manual Jurídico para evitar el ingreso en la cárcel. Estudio doctrinal y jurisprudencial de las alternativas a la prisión” 2015. *ISBN edsbas*.
- Rodriguez Manzanera A., L. “Criminología. Ciudad de México”. *Porrúa, 1981*
- Roig Salsa, A.; Morenob, A.; González Álvarez, O."Comentario sobre el proyecto de modificación del código penal en relación a las medidas de seguridad. : Grupo de "etica y legislación" Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) = Comment on the project of modification of the penal code in relation to the safety measures: Work group on "ethics and legislation", Spanish Association of Neuropsychiatry (AEN)", 2014, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 34*.
- 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 / Comprehensive care program for the mentally ill in Spanish prisons (PAIEM): assessment after four years operation", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, vol. 16, no. 3*.
- Urruela Mora, A. “Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito.” *Editorial Comares, Granada, 2013*.
- Varona Gomez, D. “La reforma de las penas no privativas de libertad (LO 15/2003)¿Un paso adelante en el sistema de penas alternativas a la prisión”, *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC*
- Ventosa Esquinaldo, F. “Cuidados psiquiátricos de enfermería en España: siglos XV al XX: una aproximación histórica”. *Ediciones Díaz de Santos, 2000*.
- Vidal Castañon, A. “Los institutos de la suspensión y sustitución de las penas privativas de libertad”.*Barcelona, 2006*.



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*, , no. 9.

Wexler, D.B., Calderon, J. & Revista Española de Investigación Criminológica:, REIC 2004a, "El Juez de Vigilancia Penitenciaria: Un modelo para la creación de juzgados de reinserción en las jurisdicciones angloamericanas en aplicación de los principios del 'derecho terapéutico'", *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC, ISSN 1696-9219, N°.2, 2004, .*

Zabala-Baños M. C.; Maestre-Miquel C., Martínez-Lorca M., Rodríguez-Martín, B.; D. Romero & M. Rodríguez 2016, "Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 18.

## LEGISLACIÓN

Código penal español, Imprenta Nacional, Madrid, 1822

Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870, «Gaceta de Madrid» núm. 243, de 31 de agosto de 1870, páginas 9 a 23

Código penal de 1928, en, Biblioteca Oficial Legislativa, Vol. XC.

Ley de 27 de octubre de 1932 autorizando al Ministro de este Departamento para publicar como Ley el Código penal reformado, con arreglo a las bases establecidas en la Ley de 8 de septiembre del corriente año, "Gaceta de Madrid» núm. 310, de 5 de noviembre de 1932

Anuario de derecho penal y ciencias penales 1980, Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal

Anuario de derecho penal y ciencias penales 1980, Proyecto de Ley Orgánica del Condigo Penal

Proyecto de Ley Orgánica de Código Penal de 1994. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones, Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Pena

Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.