

Internamiento psiquiátrico penal en centros sociosanitarios.

Internment of forensic psychiatric patients in specialised health care facilities.

Xabier Etxebarria Zarrabeitia.

Profesor Ayudante Doctor. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen: La medida de seguridad de "internamiento en centro psiquiátrico" (art. 96.2.1° CP) puede ser impuesta a personas inimputables o semiimputables (arts. 101 y 104 CP) a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica (art. 20.1° CP), cuando hayan realizado un hecho antijurídico de cierta entidad y concurra una probabilidad de que esta persona cometa de nuevo delitos de cierta entidad en el futuro. Actualmente en España se están cumpliendo estos internamientos en tres tipos de centros: hospitales psiquiátricos penitenciarios, prisiones ordinarias y centros psiquiátricos no penitenciarios. En este trabajo se argumenta que la primera opción es caduca y deficiente, la segunda ilegal y esta tercera opción es la preferible; y es posible, como demuestra la práctica en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Palabras clave: medida de seguridad, internamiento psiquiátrico, lugar de ejecución, psiquiátrico penitenciario, Comunidad Autónoma del País Vasco.

Abstract: The security measure of "internment in a psychiatric facility" (art. 96.2.1° Criminal Code) may be imposed to acquitted or semi-acquitted defendants (arts. 101 and 104 Criminal Code) due to mental illness (art. 20.1° Criminal Code), when they have committed an unlawful act of a certain entity and there is a probability that this person will commit crimes of a certain entity again in the future. In Spain, these internments are currently being carried out in three types of facilities: prison psychiatric hospitals, ordinary prisons (which raises questions of legality) and non-penitentiary psychiatric facilities. This paper argues that this third option is preferable; and it is possible, as practice in the Basque Country has shown.

Key words: security measure, psychiatric internment, place of execution, prison psychiatric hospitals, Basque Country.

I. Introducción¹

Por internamiento psiquiátrico penal nos referimos a la ejecución de la medida de seguridad de “internamiento en centro psiquiátrico” prevista en el artículo 96.1.1ª del Código penal (CP). Esta medida de seguridad puede imponerse, en sentencia, en virtud de los artículos 101 y 104 CP, a la persona que haya cometido un delito concurriendo una eximente completa (art. 20.1 CP) o incompleta (art. 21.1º/20.1º CP) de la responsabilidad penal a causa una anomalía o alteración psíquica al tiempo de cometer la infracción penal que le impida total o parcialmente comprender la ilicitud del hecho o comportarse conforme a esa comprensión; esto es, a personas a las que se absuelve o se rebaja la pena en uno o dos grados (art. 68 CP) por este motivo².

El delito ha de estar castigado con pena privativa de libertad (arts. 6.2 y 95.2 CP) y exteriorizar peligrosidad criminal (art. 6.1 CP). Se impondrá la medida de seguridad siempre que pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos (art. 95.1.2ª CP)¹²³⁴⁵⁶.

No obstante, aunque sea notoriamente irregular³, también se puede llegar a esta medida de seguridad por la vía del art. 60 CP: cuan-

do el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, en auto, acuerde la suspensión de la ejecución de una pena privativa de libertad impuesta en sentencia firme por razón de “una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena” apreciada después de la sentencia firme⁷⁸.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁴, durante el 2021 fueron inscritas en el Registro Central de Penados 282.210 personas condenadas adultas, correspondientes a 410.842 delitos. En 2021 se impusieron 789.329 penas en sentencias firmes dictadas e inscritas en el Registro: el 18,6% (146.715) privativas de libertad, el 17,9% de prisión (141.066). De estas, poco más del 7% (10.156) fueron superiores a 2 años; un dato importante a efectos de posible inejecución de la pena (arts. 80 y ss. CP).

No es posible ofrecer datos similares relativos a las medidas de seguridad; el INE no los publica. Según los datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP)⁵, por referirnos también a datos de 2021, había en los centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior (incluidos los psiquiátricos penitenciarios) 463 personas cumpliendo medidas de seguridad, frente a 38.222 personas penadas (siendo el total nacional 514; 50 en Cataluña y 1 en País Vasco); 1.834 personas presas estaban adscritas al Programa de Atención al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM). A diciembre de 2022 la SGIP señalaba estar ejecutando 467 medidas de seguridad (frente a 38.482 personas penadas); siendo el total nacional 508 (41 en Cataluña). En abril de

1 Este trabajo se enmarca en el Proyecto I+D+I con el título «Exclusión social y sistema penal y penitenciario: análisis y propuestas acerca de tres realidades (inmigración y refugio, enfermedad mental y prisión). PID2019-105778RB-100. INMI-GRAPENAL. Universidad Complutense de Madrid, de cuyo equipo de investigación es miembro Xabier Etxebarria. También en las actividades del Grupo de investigación UCM APLIDERINT “Aplicación del Derecho Internacional” (971007).

2 Sobre tipicidad subjetiva y la culpabilidad en supuestos de inimputabilidad véase la interesantísima reciente Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Segunda, 339/2023, de 10 de mayo, ECLI:ES:TS:2023:2090, con voto particular del ponente.

3 En este supuesto no se requiere expresamente que el delito cometido exprese una peligrosidad criminal, lo cual no se habrá valorado en el proceso penal a la persona imputable. La medida de seguridad del art. 60 CP se impone a fin de que “reciba la atención médica precisa”.

4 Estadística de condenados, año 2021, en virtud de datos del Registro Central de Penados (Real Decreto 95/2009, de 6 de febrero, por el que se regula el Sistema de registros administrativos de apoyo a la Administración de Justicia).

5 Conforme a los arts. 1 y 21 del RD 840/2011, de 17 de junio, la administración penitenciaria solamente será competente para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, por lo que estos datos no contemplan las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico que puedan estar cumpliéndose fuera del sistema penitenciario.

2023 son 515 medidas de seguridad en el total nacional: 468 en el ámbito del Ministerio del Interior, 46 en Cataluña y 1 en País Vasco.

En definitiva, se quiere destacar con estos datos que, en lo que se refiere a ejecución de medidas de seguridad en el ámbito de salud mental, aparentemente no estamos ante un problema de grandes dimensiones con una exigencia inasumible de recursos. Ello sin perjuicio de que, si hubiera modificaciones en el sistema, como una adecuada detección en fase de instrucción o enjuiciamiento o unos adecuados recursos para su ejecución, se pudiera dar lugar a una mayor aplicación futura de estas medidas de seguridad. También podría ocurrir que, con una adecuada atención médica en los recursos comunitarios, no fueran necesarios tantos internamientos y recursos residenciales. En todo caso, es evidente que los problemas de asistencia sanitaria, especialmente en materia de salud mental, y específicamente en trastornos mentales graves (en adelante TMG) en el sistema penitenciario⁹ son problemas que exceden al estrecho ámbito delimitado por las medidas de seguridad. Problema, dicho sea de paso, que no parece que pueda atribuirse, en contra de lo comúnmente asumido¹⁰, que se deba a la hipótesis de la “transinstitucionalización” por el cierre en los 80 de los hospitales psiquiátricos¹¹.

II. Lugar de ejecución de la medida penal de internamiento psiquiátrico

El art. 101 CP hace referencia a la “medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”.

Aparte de la delimitación de competencias entre el órgano judicial competente para la ejecución y el juzgado de vigilancia penitenciaria, poco más se dice en el Código penal respecto a la ejecución de las medidas de seguridad.

Ciertamente, como recoge el Preámbulo del Real Decreto (RD) 840/2011, de 17 de junio, y también la Instrucción de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP)

19/2011, de 16 de noviembre, que se dictó a continuación, la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código penal, incidió de manera muy importante en las medidas de seguridad no privativas de libertad con un nuevo artículo 98 CP, que diferencia la supervisión judicial de las medidas de seguridad en función de que sean privativas de libertad o no. Poco sin embargo en relación con las medidas privativas de libertad.

Respecto a la competencia administrativa, el art. 98.1 CP se refiere sucintamente a las “Administraciones Públicas competentes”, a “los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad” o en el art. 105 *in fine* CP a “los servicios de asistencia social competentes”.

La medida de seguridad del art 96.1.1ª CP, el internamiento en centro psiquiátrico, se está ejecutando actualmente en:

1. Establecimiento penitenciario ordinario.
2. Establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria (en virtud de los arts. 183 y 184 del Reglamento Penitenciario -RP-).
3. En centros psiquiátricos de la red ordinaria del Sistema Nacional de Salud, competencia de los servicios autonómicos de salud.

Según el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior de 2021, a 31 de diciembre había en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla 163 hombres internados, 156 de ellos cumpliendo medidas de seguridad; y 209 personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, 204 de ellas cumpliendo medidas de seguridad (36 de ellas mujeres; 168 hombres). Por tanto, del total de 463 personas sometidas a internamiento psiquiátrico penal en ese momento en el territorio del Ministerio del Interior, 360 se encontraban en los hospitales psiquiátricos penitenciarios existentes y 103 (22%) en centros penitenciarios ordinarios, preferentemente en enfermerías¹⁰. No tenemos datos globales de cuántas personas puedan estar cumpliendo medidas penales de internamiento psiquiátrico en recursos sociosanitarios extrapenitenciarios.

III. Centro penitenciario ordinario

En mi opinión, la ejecución de una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico en un centro penitenciario ordinario que no sea un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria se opone frontalmente a la ley. Así lo afirma contundentemente Hava García¹⁰, para quien es una “absoluta y flagrante ilegalidad”. La propia denominación de la medida de seguridad en el art. 96 CP es concluyente: “internamiento en centro psiquiátrico”.

Gómez-Escolar Mazuela lo achaca a la escasez de recursos hospitalarios y recoge «la sección 3.º AP Madrid, que ante el intento de cumplimiento de medida de internamiento psiquiátrico impuesta por semiximamente en centro ordinario, la rechaza, siguiendo el informe del MF, al entender que «aun con aplicación del programa PAIEM, no tiene base legal ni reglamentaria, por lo que sólo procede bien que se alce la medida si no se considera necesaria y que se cumpla la pena en centro ordinario, o que continúe en el hospital psiquiátrico penitenciario si se estima necesaria» (auto 16 de junio de 2014, ej. 141/09).»¹²

Algunos autores, como Barrios Flores¹³, seguido por Javato Martín¹⁴, entienden que el art. 12.1 RP, que introdujo en 1996 los establecimientos polivalentes, estaría dejando abierta la posibilidad de cumplimiento en uno de estos establecimientos. Aparentemente también se apoyan en el art. 8.1 de la ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP), que, en 1979, antes de la creación de los establecimientos polivalentes, preveía la posibilidad de cumplimiento de medidas penales privativas de libertad de hasta 6 meses en centros de preventivos.

Roldán Barbero considera que “dónde se cumpla una medida de seguridad -si en la prisión o en un centro o unidad psiquiátrica penitenciaria-, parece ser un tema menor desde el punto de vista práctico. Ambos lugares disponen de medios de tratamiento. Menos refinados en el primero; más específicos, en el segundo.”¹⁵

En mi opinión, el art. 8.1 LOGP conduce a la conclusión contraria: el legislador estaba permitiendo esa posibilidad únicamente para las

penas y medidas de corta duración en centros de preventivos, por sus peculiares características y ubicación. No es el caso de los establecimientos polivalentes, en cuyo caso, el art. 12.2 RP solamente menciona a internos preventivos y penados, sin aludir a personas sometidas a medidas de seguridad.

Sin duda el asidero legal es más que endeble. Lo cierto es que la Instrucción SGIP 19/2011 ya referida, a pesar de aludir a los arts. 183 a 191 RP y 21 y 22 del RD 840/2011 (medidas de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria) da por supuesto el amparo legal para dictar una norma de autoorganización administrativa para “una gestión eficiente de las medidas de seguridad privativas de libertad en medio penitenciario”, con especial referencia a la “confluencia en determinados casos de penas y medidas de seguridad privativas de libertad impuestas a un mismo interno en uno o en varios procesos penales”. Sin argumentación ni solución de continuidad, la Instrucción pasa a dictar disposiciones sobre el cumplimiento en un “centro penitenciario no psiquiátrico”.

Hay que recordar que esta Instrucción es el traslado del art. 22 del proyecto del que luego fue el RD 840/2011¹⁶. El Informe del el Consejo General del Poder Judicial de 22 de diciembre de 2010 dijo: “Por lo que respecta a la Sección 1ª, se contempla que las medidas de seguridad privativas de libertad se cumplirán en centros adecuados, públicos o concertados con las Administraciones Públicas competentes por razón de la materia y del territorio (artículo 21) y se regula su cumplimiento en establecimiento penitenciario (artículo 22). En relación con esto último, ha de entenderse que la referencia al Centro Penitenciario se hace a las unidades psiquiátricas de los centros penitenciarios, pues el artículo 96.2 del Código Penal (no modificado) únicamente contempla el cumplimiento en centro psiquiátrico, centro de deshabituación o centro educativo especial». El Gobierno suprimió el art. 22 del proyecto y su contenido se trasladó a la Instrucción por la SGIP. Es evidente que el Consejo General del Poder Judicial entiende que la ley no permite el cumplimiento en centro no psiquiátrico¹⁷.

El diseño de la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979 (arts. 1 y 7 a 16) distingue con claridad los establecimientos previstos para penados y preventivos de los establecimientos especiales (art. 7 LOGP): "aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) Centros hospitalarios. b) Centros psiquiátricos. c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia." (art. 11 LOGP).

Es evidente que la configuración actual de los centros penitenciarios, después de 44 años, los planes de construcción de macrocentros y el nuevo reglamento penitenciario de 1996, ha variado drásticamente respecto al diseño original de la ley, aunque siga vigente.

Hoy día no existe ningún hospital penitenciario distinto de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios; existen unidades hospitalarias de custodia penitenciaria en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Esto nos señala que la creación de unidades penitenciarias en centros hospitalarios psiquiátricos de la red ordinaria de salud mental de cada Comunidad Autónoma sería tan posible como lo ha sido la de las unidades de custodia hospitalaria.

No obstante, el RP de 1996 sigue siendo claro. Es importante destacar el establecimiento reglamentario de la prevalencia asistencial. Los "Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias" son los "centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad" (art. 183 RP). El art. 184 RP determina que ingresarán en estos establecimientos o unidades "Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario", así como "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". En este último caso, estamos

también hablando de personas sometidas a medida de seguridad, sólo que esto no se produce en sentencia, sino tras la suspensión de la ejecución de la pena⁶.

Por su parte, el art. 20 del RD 840/2011 prevé que "Las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio"; y el art. 21 que "La Administración penitenciaria será competente para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria".

En estos preceptos se apunta a la posibilidad de internamiento psiquiátrico en centros extrapenitenciarios de la red autonómica del Sistema Nacional de Salud, limitando la competencia de la administración penitenciaria a las que se cumplan en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria; nada se atisba sobre cumplimiento en centro no psiquiátrico penitenciario.

Si nos fijamos en el ámbito internacional, la Regla nº 109 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), Asamblea General, resolución 70/175, aprobado el 17 de diciembre de 2015, afirma con la máxima contundencia: "No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible."

Las Reglas Penitenciarias Europeas de 2020 prevén en su número 12.1 que "Las personas que sufran enfermedades mentales o cuyo estado de salud mental sea incompatible con la detención en la prisión permanecerán detenidas en un establecimiento concebido a tal efecto".

⁶ Es llamativo que esta previsión de 1996 no se correspondía con el art. 60 CP entonces vigente, hasta la LO 15/2003, que no hacía referencia a la imposición de medidas de seguridad.

El Informe del Comité Europeo de Prevención de la Tortura de 2021 (relativo a su visita de 2020, inclusiva de los psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante), en su página 73, afirma que *"102. El principio fundamental que defiende el CPT es que las personas con un trastorno mental que requieran tratamiento y atención psiquiátrica continuada y/o aguda no deben ser retenidas en prisión, sino trasladadas a un centro sanitario adecuado"*.

En el Criterio 51 de los Criterios de Actuación, Conclusiones y Acuerdos (Texto unificado) de la XII Reunión de Jueces De Vigilancia Penitenciaria (Madrid, enero 2003) se acordó en la misma línea: *"En todo caso, los declarados exentos de responsabilidad o con responsabilidad atenuada deberán ser internados en hospitales o establecimientos dependientes de los servicios de salud comunitarios y nunca en establecimientos penitenciarios, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo anterior (Criterio 28 de 1994, simplificado, aprobado por mayoría)." Atendiendo nuevamente al criterio de equiparación [principio de equivalencia] entre los condenados y no condenados a privación de libertad, se entiende que el tratamiento psiquiátrico de quienes están cumpliendo medida de seguridad debe llevarse a cabo en todo caso en establecimientos comunitarios y no penitenciarios, por la mayor aptitud de aquéllos para desarrollar un tratamiento resocializador. Respecto de los penados, el criterio es más flexible, aunque se sigue dando preferencia a los servicios comunitarios y se desea que el internamiento en Establecimientos penitenciarios se reduzca en la mayor medida posible¹⁸.*

También en las Conclusiones vigentes sistematizadas de encuentros de fiscales de vigilancia penitenciaria 2011-2017, en su número 112, se afirma que carece *"actualmente de cobertura legal habilitante suficiente el cumplimiento de tales medidas en centros ordinarios, al exigir el CP (art. 96 CP) y la LOGP (arts. 7 y 11) que se cumpla en "centro psiquiátrico", y contemplar la legislación reglamentaria exclusivamente como tales los hospitales psiquiátricos y las unidades psiquiátricas penitenciarias.*

El propio art. 22 del RD 840/2011 establece que *"Cuando la autoridad judicial acuerde la imposición de una medida de seguridad de internamiento en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, se estará a lo dispuesto en los artículos 183 a 191 del Reglamento Penitenciario vigente"*, esto es, en establecimientos u unidades psiquiátricas penitenciarias. Así quedó el art. 22 del RD después de que el CGPJ informara al Gobierno de que las medidas de seguridad no pueden cumplirse en centros penitenciarios ordinarios.

En definitiva, y sin entrar en todos los inconvenientes, déficits y disfunciones que presenta¹⁹, la ejecución de medidas de seguridad en centro penitenciario ordinario es contraria a cualquier interpretación razonable de la ley y a la normativa internacional sobre la materia. Resulta en mi opinión aconsejable estudiar la posibilidad de que los órganos judiciales así lo declararan en relación con casos concretos en que así está ocurriendo²⁰, tal como se hizo en la STC 84/2018, de 16 de julio, en relación con el encarcelamiento cautelar de una persona absuelta en primera instancia¹².

IV. Centro psiquiátrico penitenciario

El diseño legal que surge de la Ley Orgánica General Penitenciaria, del Reglamento Penitenciario de 1996 y del RD 840/2011 es que las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico se cumplan en los establecimientos especiales (art. 11 LOGP); a partir de 1996 en los establecimientos u unidades psiquiátricas penitenciarias (art. 183 RP y 22 RD 840/2011).

Sin embargo, desde 1984, en que empezaron a ingresar pacientes en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (HPPA), y 1990, en que se abrió el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (HPPS), no se ha vuelto a crear ningún nuevo recurso psiquiátrico para la ejecución de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en el territorio competencia del Ministerio del Interior. Aunque en 1996, sin reforma de la LOGP, se previeron en el Reglamento Penitenciario las unidades psiquiátricas penitenciarias, lo cierto es que

ninguno de los establecimientos polivalentes cuenta con una. Su creación se ha demandado insistentemente por jueces y fiscales de vigilancia penitenciaria e instituciones de control y supervisión de derechos humanos.

Esto es especialmente grave a la luz, no sólo del art. 12 de la LOGP, que encomienda a la administración penitenciaria la ubicación territorial de los establecimientos de modo que se evite el desarraigo social de los penados, sino específicamente del art. 191.2 RP, según el cual se procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar. Como se ha destacado en incontables ocasiones, la cercanía de la persona con trastorno mental, especialmente TMG, a su familia, su entorno y los recursos sanitarios comunitarios es una pieza esencial de la rehabilitación y reinsertión social²¹. Pues bien, ni la propia administración penitenciaria, en su informe de 2011 "Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción" considera que los hospitales psiquiátricos penitenciarios sean un "recurso sanitario especializado, que es lo que necesitan los internos", sino "un fracaso de la justicia".

No sólo este informe, sino abundante bibliografía²² e informes de organismos de supervisión²³ destacan las deficiencias, que ya desde la regulación legal y orgánica¹⁶, pero sobre todo en cuanto a su crónica sobreocupación¹², su endémica ausencia de personal sanitario adecuado y suficiente, y el desarraigo que genera su ubicación geográfica nos deben llevar a reclamar la "necesaria desaparición de los psiquiátricos penitenciarios"²². Ni que decir tiene que la apertura de un psiquiátrico penitenciario de 500 plazas en Siete Aguas (Valencia) sería un descomunal error con consecuencias deplorables para el futuro.

Resulta a mi juicio evidente que el modelo que se ha de imponer en España para la atención psiquiátrica a las personas penadas y sobre todo a las inimputables y semiimputables habría de ser el de la asunción por los recursos sociosanitarios ordinarios, tanto en lo residencial como en la atención comunitaria. Así se

desprende de la normativa y recomendaciones internacionales, las recomendaciones de los operadores jurídicos, la literatura científica y la propia legalidad. Si los recursos sociosanitarios autonómicos no disponen de los recursos adecuados para algunas de estas personas, es su obligación ponerlos en marcha. Que una persona con una enfermedad mental cometa un delito no faculta al sistema sociosanitario para desentenderse de ella y que sea absorbida por el sistema penitenciario (único servicio público sin limitaciones de capacidad ni listas de espera). Normalmente los sistemas sanitarios aducen que no disponen de recursos sanitarios con las debidas medidas de seguridad o que son recursos muy caros. En el apartado siguiente contestaremos a estas objeciones.

Por un lado, porque así lo reclama el principio de equivalencia: las personas presas y penadas tienen derecho a un tratamiento médico equivalente al que tienen derecho las personas en libertad. Los Criterios de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria a los que se ha hecho referencia se apoyan precisamente en el principio de equivalencia, que encuentra acomodo en nuestro derecho positivo en el art. 3.3 RP⁷.

Por otro lado, la integración de la sanidad penitenciaria en los servicios Autonómicos del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁸, es una

7 "Principio inspirador del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad será la consideración de que el interno es sujeto de derecho y no se halla excluido de la sociedad, sino que continúa formando parte de la misma. En consecuencia, la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas".

8 En Cataluña se produjo con el Decreto 399/2006, de 24 de octubre; en el País Vasco con el RD 894/2011, de 24 de junio; y en la Comunidad Foral de Navarra con el RD 494/2021, de 6 de julio. Sobre el modelo catalán véase Muro Álvarez, Un modelo diferente de atención a la persona con trastorno mental en prisiones, en <https://www.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/articulo/modelo-diferente-atencion-persona-trastorno-mental>.

obligación legal largamente incumplida: la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que acaba de cumplir 20 años, en su disposición adicional sexta dice: *“los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”*. La Sociedad española de Sanidad Penitenciaria lo viene reclamando desde 1998²⁴. Esta integración está dirigida a hacer efectivo el principio de equivalencia del Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y el art. 35 de la Recomendación (2004) 10 sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental.

En su apartado I.B, puntos 10 y ss., la Recomendación R (98) 7 del Comité de Ministros, relativa a aspectos éticos y organizativos de la atención a la salud en prisión consagra el principio de equivalencia⁹: *“La política sanitaria en prisión preventiva debe integrarse en la política nacional de salud y ser compatible con ella. Un servicio de salud penitenciario debe ser capaz de proporcionar tratamiento médico, psiquiátrico y dental y de aplicar programas de higiene y medicina preventiva en condiciones comparables a las de la población en general.”*

La Regla Mandela n° 24 también acoge el principio de equivalencia: *“La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica”*. En el ámbito concreto de la salud mental nos lo está indicando la ya referida regla 109 de las Reglas Mandela.

⁹ Recommendation no. R (98) 71 of the committee of ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison.

Por su parte, el Borrador de Recomendación del Consejo de Europa de 2023 propone establecer, de acuerdo con el principio de equivalencia, que el tratamiento de los trastornos mentales no debe tener lugar en instituciones penales y que deben ser transferidas urgentemente a un hospital apropiado¹⁰.

El Informe del Comité Europeo de Prevención de la Tortura de 2021 (relativo a su visita de 2020, inclusiva de los psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante), en su resumen ejecutivo, página 8, concluye: *«En primer lugar, el CPT desea afirmar que los establecimientos psiquiátricos forenses, como los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP), deberían gozar de plena separación institucional y funcional del servicio penitenciario, dado el diferente espíritu y perfil de personal que los caracteriza. Por lo tanto, en opinión del CPT, estos hospitales deberían estar bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, que está mejor situado para proporcionar el apoyo que necesitan tanto los pacientes como el personal. A este respecto, cabe señalar también que es urgente aumentar la presencia de psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales en ambos hospitales.»*

En el ámbito interno, antes de la Ley 16/2003, el art. 192 RP de 1996 ya establecía: *“La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes”*.

¹⁰ Council of Europe Draft Recommendation on Mental Health. Council for Penological Cooperation (PC-CP) de 17 de marzo de 2023. “White Paper regarding the management of persons with mental health disorders by the prisons and probation services”, 1456th meeting, 8 February 2023 European Committee on Crime Problems (CDPC).

El art. 20 del RD 840/2011 prevé que *“Las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio”*.

En la doctrina, además de las referencias críticas ya citadas, otros autores cuestionan también diversos aspectos de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Gómez-Escolar Mazuela recoge datos de Arroyo Cobo sobre la inadecuación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario a la mayoría de los internos que se remiten, poniendo el énfasis en la escasa duración de las medidas y en la escasa peligrosidad¹², como también han puesto de relieve otros trabajos ya citados.

Navarro García y Segovia Bernabé contundentemente afirman lo intolerable de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y su imposibilidad material para cumplir sus fines, siendo incluso contraproducente²⁵. Pero más allá de estas circunstancias, el propio modelo, en el que pugnan lo asistencial con *“lo penitenciario”* aboca a que el modelo de psiquiátrico penitenciario sea una contradicción en sí misma²⁶.

Uno de los mayores especialistas en la materia en España, Barrios Flores, pone de manifiesto la insuficiencia de medios personales y la ausencia de distribución geográfica como uno de los problemas de este modelo¹³.

En definitiva, en mi opinión, como a continuación se sigue desarrollando, el modelo de hospital psiquiátrico inserto en el sistema penitenciario es un modelo caduco a nivel legal y en relación con las tendencias normativas y prácticas en nuestro entorno europeo. Además, la precariedad histórica, el excesivo tamaño, la ausencia de territorialización y la obligación de los servicios sanitarios autonómicos de asumir la competencia en sanidad penitenciaria conduce necesariamente al cierre de nuestros psiquiátricos penitenciarios y a buscar otros modelos para hacer frente a las necesidades de internamiento de personas con TMG que cometan delitos.

V. Centro sociosanitario del Sistema Nacional de Salud

En mi opinión es claro que las recomendaciones internacionales, las tendencias europeas, la Ley 16/2003, la normativa reglamentaria y las recomendaciones de jueces y fiscales de vigilancia penitenciaria están reclamando que las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico se cumplan fuera del sistema penitenciario, en nuestro caso en los recursos de los servicios autonómicos de salud, aunque sea como norma general que admita alguna excepción²⁷; si bien me inclino por la exclusión completa del sistema penitenciario.

Sin embargo, Javato Martín entiende que estaría excluida conforme a las disposiciones reglamentarias de los artículos 183 y 184 RP¹⁴. Así lo entiende también Roldán Barbero¹⁵. Este afirma que es una posibilidad no contemplada en la legislación penitenciaria; olvida sin embargo que el RD 840/2011 tiene el mismo rango que el Reglamento Penitenciario de 1996 y regula específicamente aspectos relativos a la ejecución de las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico. Como se ha visto, el Código penal y la LOGP no especifican que se haya de cumplir en centro penitenciario, sino psiquiátrico. Sí parece que fue la opción del RP 1996, aunque tampoco se puede interpretar como una opción reglamentaria excluyente de una opción no excluida legislativamente, pero en todo caso el RD 840/2011 ha llegado con una opción claramente afirmativa.

Esta opción por los centros no penitenciarios ha sido solicitada por autores tan expertos en la materia como quien fue Subdirector General de Sanidad Penitenciaria²⁸ o el Grupo PRECA²⁹.

La ya referida Conclusión 112 de los Fiscales de Vigilancia Penitenciaria no sólo asume la adecuación a la legalidad del modelo extrapenitenciario, sino que es el modelo que entiende preferible, sobre todo para las situaciones de menor duración y peligrosidad. Y apunta a características muy importantes del modelo, como luego se verá,

como serían la definición de una red de recursos con distintos niveles de seguridad y el abordaje comunitario¹¹.

Advierte Gómez-Escolar Mazuela, fiscal partícipe de la redacción de las conclusiones referidas, de que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria no contará con el apoyo de la administración penitenciaria por el efecto del RD 840/2011, a diferencia de lo que preveía el RD 515/2005. Es sin duda uno de los hándicaps del modelo, al que se puede hacer frente con el concurso de los servicios de gestión de penas y medidas alternativas.

También el Criterio 89 de los Jueces de vigilancia penitenciaria (del texto refundido, depurado y actualizado a mayo de 2010) proponía la preferencia por la utilización de los servicios comunitarios y la limitación en la mayor medida posible del internamiento en hospitales o unidades psiquiátricas penitenciarias.

Las tendencias internacionales, tomando como ejemplo las *“Residenze per l’esecuzione della misura di sicurezza sanitaria (REMS)”* italianas¹²³⁰, o las *“Unités pour malades*

difficiles” (UMD) francesas¹³, establecen en un máximo de 20 personas la capacidad de los establecimientos o las unidades psiquiátricas extrapenitenciarias para personas con medida de seguridad de internamiento psiquiátrico³¹.

El Informe CPT 2022 (Comité de Prevención de la Tortura, 2022): afirma con contundencia *“que los establecimientos psiquiátricos forenses, como los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP), deberían gozar de plena separación institucional y funcional del servicio penitenciario, dado el diferente espíritu y perfil de personal que los caracteriza. Por lo tanto, en opinión del CPT, estos hospitales deberían estar bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, que está mejor situado para proporcionar el apoyo que necesitan tanto los pacientes como el personal. A este respecto, cabe señalar también que es urgente aumentar la presencia de psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales en ambos hospitales.»*

VI. Ejecución en recursos sociosanitarios ordinarios. La experiencia en la CAPV

Sin duda debe de haber un número relevante de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico penal (art. 96.1.1º CP) que se cumplen en hospitales psiquiátricos de la red ordinaria autonómica de salud mental o en otros recursos sociosanitarios. Desconozco si existe información estadística al respecto.

Consta en resoluciones judiciales que en ocasiones se ha intentado esta vía y ante algún comportamiento disruptivo la modificación

11 *“Los Fiscales de Vigilancia denuncian la insuficiencia de recursos específicos para el cumplimiento de las medidas de seguridad de internamiento (psiquiátrico, de deshabitación y de educación especial) en la red comunitaria extrapenitenciaria sociosanitaria. Este hecho determina que medidas que, por su escasa duración y menor peligrosidad del sometido, debieran cumplirse en la red civil de referencia... Sería deseable la integración en una única red, con distintos niveles de seguridad, relajándose ésta, para preparar el retorno a la comunidad, a medida que evolucione favorablemente el sujeto sometido a la medida, lo que permitiría orillar además los problemas de asistencia postpenitenciaria que genera la falta de coordinación entre las Administraciones implicadas”.*

12 Decreto de 1 de octubre de 2012 *“Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia.*

13 Capítulo II: Establecimientos de salud responsables de brindar atención psiquiátrica sin consentimiento, artículos L3222-1 a L3222-6 del Code de la santé publique francés, para establecimientos autorizados en psiquiatría encargados de brindar atención psiquiátrica sin consentimiento del artículo 706-135 del código de procedimiento penal francés.

de la medida ha llevado a la prisión o al hospital psiquiátrico penitenciario¹⁴.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se ha desarrollado en los últimos 20 años una práctica de cumplimiento del internamiento psiquiátrico penal en centros psiquiátricos públicos o concertados que se puede considerar un modelo razonable de éxito en la medida en que se ha evitado en muchos casos el ingreso en el sistema penitenciario. Dicho modelo se ha visto acertadamente complementado con la creación en 2013 de la Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni en Arrasate-Mondragón. Se creó después de que el RD 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria atribuyera a esta comunidad autónoma las funciones de asistencia sanitaria establecidas en la legislación penitenciaria, en cumplimiento de la Disposición Adicional 6ª de la Ley 16/2003. A partir de este Real Decreto, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco presta la asistencia sanitaria primaria y especializada a todas las personas internas en centros penitenciarios en el País Vasco. A tal efecto, Osakidetza dispuso la creación de centros de salud en cada centro penitenciario con asistencia especializada psiquiátrica de la Red de Salud Mental¹⁵.

La práctica de cumplimiento del internamiento psiquiátrico penal en centros psiquiátricos públicos partía de la premisa asumida por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio vasco de Salud (Osakidetza) de que las personas con trastornos mentales que cometen delitos son pacientes³². Antes de 2009 era práctica habitual que en los hospitales públicos de Bermeo, Zamudio, Zaldibar o Álava se cumplieran medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico dictadas por un juzgado o tribunal en sentencia, o en auto del juzgado de Vigilancia Penitenciaria, evitando así el ingreso en prisión o en hospital psiquiátrico penitenciario. En su ejecución no intervenía la administración penitenciaria, pero sí obviamente el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao, conforme a sus funciones legales ex arts. 97 y ss. CP.

Lógicamente, esta práctica no estaba exenta de dificultades, como, por ejemplo, las de coordinación, comprensión y adecuación de lógicas entre los servicios sanitarios y los órganos judiciales, lagunas de regulación, cuestiones de necesidades de seguridad a las que los centros hospitalarios psiquiátricos tenían dificultades para hacer frente o algunas cuestiones relativas a las salidas temporales de los establecimientos.

En el año 2009, principalmente por las dificultades en el territorio histórico de Gipuzkoa, que carece de hospitales públicos, se acordó un protocolo de funcionamiento entre la Dirección de Ejecución Penal del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social y el Jefe de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza. A la fecha de firma del Protocolo, según los datos proporcionados por el responsable de salud mental de Osakidetza, había unas treinta personas cumpliendo medidas penales de internamientos psiquiátrico en centros hospitalarios de la CAPV. En 2017, en los hospitales psiquiátricos de Bizkaia, se estima que en los años anteriores la ocupación había oscilado “entre 5 y 15 camas”. La finalidad del Protocolo era que ninguna persona residente en Euskadi fuera ingresada en el sistema penitenciario para cumplir una medida penal de internamiento psiquiátrico. Para ello la Dirección de Ejecución Penal

14 En unas ocasiones las resoluciones judiciales no especifican el lugar de ejecución, por ejemplo Sentencia Audiencia Provincial de Barcelona 11/2023 - ECLI:ES:APB:2023:917, Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra 25/2023 - ECLI:ES:APNA:2023:126 o Auto de la Audiencia Provincial de Cáceres 68/2023 - ECLI:ES:APCC:2023:64A, en otras sin embargo, sí se especifica que haya de ser en psiquiátrico penitenciario como la Sentencia Audiencia Provincial de Tenerife 92/2023 - ECLI:ES:APTF:2023:294 o la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía 212/2022 - ECLI:ES:TSJAND:2022:17665.

15 Como se indica en el referido Libro Blanco (2023) sin embargo no fue hasta 2021, precipitado por el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao de 7 de octubre de 2020, que obligaba a la dispensación supervisada de fármacos, que se creó la Unidad de Salud mental del Centro Penitenciario Álava-Araba (coloquialmente llamado Zaballa).

ponía a disposición de los órganos judiciales del orden penal y del área de salud mental de Osakidetza el Servicio de Asistencia a la Reinserción (SAER)¹⁶, de modo que este recibiera de los órganos judiciales notificación de las medidas penales que hubiera que ejecutar y con Osakidetza y los centros hospitalarios se gestionara si efectivamente esa persona sufre patología psiquiátrica que pudiera ser atendida en el centro público o privado concertado.

La acción coordinadora de este servicio resulta también esencial para el seguimiento del plan terapéutico y la realización de las funciones de supervisión y propuesta que corresponden legalmente al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

En noviembre del año 2013 se puso en funcionamiento la Unidad de Psiquiatría Legal (en adelante UPL)¹⁷ de Aita Menni (Arrasate-

Mondragón)³³. Esta Unidad es inicialmente fruto del acuerdo entre la Audiencia Provincial de Gipuzkoa, la Administración Sanitaria (Gobierno Vasco) y una entidad proveedora de servicios asistenciales (Hermanas Hospitalarias). Se gestiona mediante contrato administrativo entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Hospital Aita Menni, de las Hermanas Hospitalarias de San Juan de Dios¹⁸.

Como se indica en el Protocolo de 2013 entre la Delegación Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, la Audiencia Provincial de Gipuzkoa y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa el objetivo de este era establecer los mecanismos de actuación en relación con la atención sanitaria a personas con patología psiquiátrica crónica incursas en procedimientos penales, tanto en el ámbito de penas y su inejecución condicionada, como medidas de seguridad privativas o no privativas de libertad para el territorio histórico de Gipuzkoa.

La Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni sería una unidad especializada, dotada de mayores medidas de seguridad, que la Dirección Territorial de Gipuzkoa consideró necesaria para algunas personas pacientes con medidas penales de internamiento psiquiátrico, que se sumó al conjunto de recursos existentes para completar la red.

La UPL dispone de 20 habitaciones individuales, situándose en la línea de las tendencias internacionales antes referidas, Francia e Italia, que parecen situar en este número el tamaño ideal de una unidad de psiquiatría forense. El tiempo de estancia en la UPL depende del tiempo máximo de duración de la medida de seguridad establecido judicialmente y de la

16 El Servicio de Asistencia a la Reinserción inició su andadura en agosto de 2002, cuando la entonces Dirección de Derechos Humanos y Cooperación con la Justicia del Gobierno Vasco, siguiendo las recomendaciones europeas en materia de sanciones penales, quiso dotar de los recursos adecuados para poder llevar a cabo los fines propuestos en el Programa de Impulso y Coordinación de los Servicios de Cooperación con la Justicia Penal en la CAPV. Era gestionado mediante contrato por el Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE-EBI); el cual ya gestionaba desde 1987 el Servicio de Asistencia y Orientación Social al Detenido creado en ese año por un Convenio entre el Consejo General del Poder Judicial y el Departamento de Justicia del Gobierno Vasco. Posteriormente, el Servicio Vasco de Gestión de Penas (SVGP) surge del Convenio entre el Ministerio del Interior y el, entonces, Departamento de Justicia y Administración Pública de la CAE de 8 de agosto de 2011 (BOE nº228 de 22 de septiembre de 2011), por el que se acuerda la colaboración en el ejercicio de las citadas funciones relativas al cumplimiento de las medidas penales indicadas. Para atender estas funciones atribuidas en el RD 840/2011 a los servicios de gestión de penas y medidas alternativas se reformularon los servicios preexistentes: el Servicio de Asistencia y Orientación Social al Detenido (SAOS) y el Servicio de Asistencia a la Reinserción (SAER), surgiendo el SVGP.

17 <https://www.aita-menni.org/es/unidad/unidad-psiquiatria-legal-mondragon/>

18 Según el Pliego de cláusulas administrativas particulares del Expediente nº 117/2021-PS, sobre Servicios de asistencia psiquiátrica en régimen de ingreso hospitalario para pacientes del sistema sanitario de Euskadi para 2021, se estima en 1.216.732,70€ el coste de Asistencia a pacientes judicializados con trastorno mental grave y necesidad de altas medidas de seguridad.

evolución del paciente¹⁹. Según información proporcionada por la Dirección de la UPL, en este momento habría pacientes con más de 8 o 9 años de internamiento. Desgraciadamente, uno de los problemas que refiere la Dirección y el referido Protocolo de Bizkaia, a falta de un estudio más detenido de las circunstancias y causas de esta observación, es el número de personas que terminan el tiempo máximo de medida de seguridad determinado judicialmente, pero siguen necesitando asistencia psiquiátrica residencial.

La UPL acoge a personas con trastorno mental grave, tal como se define en el Protocolo, con base en las tres dimensiones: diagnóstico clínico (CIE-10), cronicidad y nivel de discapacidad⁹. Se trata de personas que requieren unos niveles de seguridad, contención y vigilancia imposibles de procurar en el resto del sistema sanitario.

Esta es una de las razones normalmente esgrimidas por las administraciones sanitarias autonómicas para rechazar el cumplimiento de medidas penales de internamiento psiquiátrico en sus recursos sanitarios residenciales. Por esta razón, y también por los automatismos, falta de rigor científico y prejuicios de los órganos judiciales¹⁰, estas personas normalmente acaban en prisión o en un psiquiátrico penitenciario alejado de su domicilio, familia y administración sanitaria. Respecto a lo cual hay que señalar que está demostrado que el trastorno mental no se comporta como una variable independiente de riesgo de conductas delictivas, sino que ambas cuestiones comparten factores de riesgo y se correlacionan, sin que se pueda hablar de causalidad; estando menos de un 20% de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental precedidos por un empeoramiento de su sintomatología¹¹.

Esta unidad da por tanto respuesta al modelo al que apunta la referida Conclusión 112 de los Fiscales de Vigilancia Penitenciaria y a las normas y recomendaciones internacionales y

europas: integración en una única red, con distintos niveles de seguridad.

No obstante, por la decisión de las Hermanas Hospitalarias de San Juan de Dios, con el Dr. Iñaki Madariaga Zamalloa a la cabeza, como director de la UPL, se prefirió no disponer de personal específico de seguridad, ni público ni privado. Aunque, obviamente, las conducciones hasta la UPL o desde la UPL, cuando sea necesario, se llevan a cabo por la policía autonómica vasca (Ertzaintza).

La seguridad por tanto se centra en cuestiones arquitectónicas y de distribución de espacios (posibilidad de visibilidad de todos los espacios comunes desde otros espacios comunes y de control), en la prevención y actuación del personal de enfermería y auxiliares y celadores, así como un sistema centralizado de videovigilancia.

Uno de los problemas, si no el más importante, del modelo desarrollado en el País Vasco, es la ausencia de una mínima regulación legal sobre la ejecución de medidas penales de internamiento psiquiátrico en el sistema sanitario o sociosanitario, tanto en la legislación básica estatal, penal, penitenciaria o sanitaria, como en la legislación autonómica o en la normativa de autoorganización de la administración vasca.

Más allá del Código penal, con sus exiguas referencias a "centro psiquiátrico", "establecimiento adecuado" o "facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad" no encontramos indicación alguna sobre esta materia. El Reglamento Penitenciario y el RD 840/2011 simplemente hace referencia a que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes (art. 191.2 RP) o que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio (art. 20 RD 840/2011). Pero que nos conste no se ha hecho uso de estas previsiones

19 En contra de una opinión particular recogida en el Libro Blanco (2023), no existe ninguna limitación de estancia de 6 meses.

reglamentarias para el internamiento psiquiátrico penal. Sería necesario un marco regulatorio básico y autonómico.

Por ello, la UPL, desde el primer momento, se dotó de unos detallados protocolos, en sus diversos anexos al referido Protocolo de 2013 para el acceso y salida de pacientes, acceso y salida de personal de la Unidad y de personal del resto del Hospital y para el acceso y salida de personal anexo y visitas, tomando como referencia la normativa para las instituciones penitenciarias²⁰. En la visita a la que fui invitado a la UPL en noviembre de 2022, pude valorar que la falta de un marco legal garantista para pacientes y personal y entidad prestadora del servicio produce un exceso muy llamativo de solicitudes de autorización de salida a los órganos judiciales, que en el ámbito penitenciario está solventado por las autorizaciones trimestrales de salidas terapéuticas (art. 190 RP)²¹.

Con el tiempo, la disponibilidad de esta UPL ha ido ampliándose más allá de Gipuzkoa a toda la comunidad autónoma, de modo que la UPL de Aita Menni se ha convertido en un recurso sociosanitario más, con las especificidades mencionadas: internamientos de personas con trastornos mentales graves, con causas o medidas penales y con necesidades de seguridad y contención no proporcionables en otro tipo de recursos.

Un procedimiento elaborado para los servicios de la Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza en 2017²² recoge cómo el

cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico de pacientes con trastornos mentales graves (psicosis en general) de Bizkaia se realiza en hospitales psiquiátricos públicos (en las Unidades de Hospitalización de Rehabilitación en los Hospitales de Bermeo, Zamudio y Zaldibar), y en la UPL de Aita Menni para aquellos pacientes que “por sus características clínicas y conductuales, naturaleza del delito u otras variables no se considera adecuado en una unidad estándar por no cumplir las condiciones necesarias de seguridad, custodia y contención”.

El procedimiento surge de la constatación de la inexistencia de normativa que regule la práctica existente, quedando el funcionamiento al albur de la buena voluntad y disposición de las partes.

Por otro lado, aunque desde el primer Protocolo de Aita Menni, en 2013, no ha habido modificaciones legales sustanciales en esta materia en el Código penal o en la legislación penitenciaria (salvo la eliminación de la sustitución de las penas), existen en los protocolos algunas lagunas jurídicas, como por ejemplo la ausencia de referencia al art. 60 CP.

Para el funcionamiento del sistema es esencial que el sistema sanitario fije los criterios de admisión en cada uno de los dispositivos de la red de salud mental, así como habilitar vías que posibiliten el intercambio de información sanitaria previa a la toma de decisiones en el ámbito judicial.

Una pieza esencial de este esquema es el Servicio Vasco de Gestión de Penas (en adelante SVGP). Como se disponía en el Protocolo de 2009 ya referido, aporta funciones esenciales de recibir la resolución judicial que impone una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico, gestionar el caso recopilando antecedentes judiciales, personales y psiquiátricos y consensuar con la coordinación sanitaria de la Red de Salud Mental de Bizkaia, la cual aporta la valoración clínica y psiquiátrica del caso.

El SVGP establece con toda la información recabada y las decisiones consensuadas un plan

20 En enero de 2013 se realizó una visita al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante a fin de diseñar las medidas de seguridad de la UPL.

21 No se refiere al “abandono del establecimiento” del art. 101.2 CP o “la salida de aquel del centro” del art. 186.2 RP, que es claro que no comprende las salidas temporales (véase Criterios 108 y 110 de los Criterios unificados de los Jueces y Juezas de Vigilancia Penitenciaria aprobados en Pamplona en mayo de 2022).

22 Ambos protocolos han podido ser conocidos gracias a la amabilidad de la Dirección de Atención Sociosanitaria del Gobierno Vasco y de la Dirección de la Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni.

de intervención individualizado (de modo paralelo a lo previsto en los arts. 186.2 y 189 del RP). En caso de que sea necesario destinar al paciente a la UPL de Aita Menni, deberá intervenir la Delegación Territorial de Sanidad de Bizkaia para solicitar el cumplimiento en la UPL y autorizar el gasto. Todo ello deberá ser aprobado por el órgano judicial competente en la resolución judicial correspondiente.

Además, existe una comisión de seguimiento de casos en la que participan el SVGP, el coordinador sanitario de Bizkaia y la Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni, en la que se puede incorporar a otros agentes institucionales del ámbito social o tutelar que tengan relación con el caso. Así mismo, se prevé la reunión anual de una comisión de evaluación para evaluar los resultados y elaborar una memoria de actuación.

En la memoria del Servicio Vasco de Gestión de Penas de 2021²³ se refiere haber recibido de los órganos judiciales para su ejecución 209 medidas de seguridad. De años anteriores se estaba haciendo seguimiento a otras 235. No se distingue por clase de medida. Para el cumplimiento de las medidas penales el SVGP elabora planes de ejecución, entre los que están los tratamientos de salud mental. Según la memoria, en 2021 elaboraron 396 planes de ejecución en salud mental, habiendo finalizado durante 2021 153 de ellos. Las personas atendidas en estos planes fueron 326: 270 hombres y 56 mujeres (17%); un porcentaje de mujeres inusualmente alto en las cifras habituales sobre delincuencia y encarcelamiento.

La tipología delictiva relacionada con dichos planes es mayoritariamente Otros (30%), contra el patrimonio (21%), violencia de género (14%) y lesiones (14%). Por delitos destacan los de lesiones (13%), robos (11%), atentados y resistencia (10%), maltrato (10%), quebrantamiento de condena (9%) y amenazas (7%).

23 https://www.justizia.eus/contenidos/documentacion/20220802_memoria_2021_svgp/es_def/adjuntos/20220802-svgp-memoria-servicio-vasco-gestion-penas-2021.pdf

Para la ejecución de los planes el SVGP se relacionó durante 2021 con un amplio número de recursos sanitarios de la comunidad autónoma. Entre los residenciales destaca el Hospital Aita Menni (no la UPL) con 37, el Hospital Psiquiátrico de Álava con 21, la UPL de Aita Menni con 11, el Hospital San Juan de Dios de Mondragón con 11, el Hospital de Zaldibar con 11, el Hospital Aita Menni de Bilbao con 6, el Hospital de Bermeo con 6 y el Hospital Psiquiátrico de Zamudio con 5. El resto hasta 396 se entiende que serán planes referidos a medidas de seguridad no privativas de libertad, que se ejecutan en general en relación con centros de salud mental comunitarios.

Otro problema que se detecta es que no es inhabitual que pacientes que terminan el periodo máximo de la medida de seguridad en Aita Menni tengan como única solución posible su ingreso, voluntario o involuntario (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil)

Esto ha permitido que en los últimos años apenas haya personas procedentes del País Vasco en los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Según datos proporcionados por la SGIP, en 2018 había 6 personas nacidas en el País Vasco en los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante o Sevilla, 8 en 2019 y 2020, 4 en 2021 y 2 en 2022. Atendiendo a la residencia en el País Vasco, 5 en 2018, 7 en 2019, 6 en 2020, 2 en 2021 y 1 en 2022²⁴.

VII. Conclusiones

El internamiento en un centro psiquiátrico es una medida de seguridad que se puede imponer a una persona inimputable o semiimputable que haya realizado un hecho delictivo, castigado con pena privativa de libertad, que exprese una peligrosidad criminal, y respecto de quien se pueda apreciar una probabilidad relevante de comisión de nuevos delitos de cierta gravedad en el futuro cercano. Las medidas de seguridad no son un castigo, son medidas preventivas.

24 Lo cual contradice una opinión al respecto recogida en el referido Libro Blanco (2023).

A la vista del actual volumen de medidas de seguridad en el ámbito de salud mental, aparentemente no estamos ante un problema de grandes dimensiones con una exigencia inasumible de recursos.

Aunque es una práctica habitual, la ejecución de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico en un centro penitenciario ordinario (que no sea una unidad psiquiátrica real) es ilegal, y así debería ser declarado por los tribunales, como se declaró ilegal, inconstitucional, por la STC 84/2018, de 16 de julio, la prisión preventiva a personas absueltas en primera instancia.

El modelo de hospital psiquiátrico penitenciario es un modelo caduco, abandonado en nuestro entorno, ignorante de las recomendaciones internacionales y europeas, incompatible con el mandato de territorialización e indeseable desde el punto de vista asistencial, además de que la historia de precariedad de los hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio del Interior de España es alarmantemente incompatible con los derechos humanos, los derechos de las personas enfermas y los derechos de las personas presas³⁴. Deberían cerrarse los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y de Alicante lo antes posible.

El cumplimiento en centros psiquiátricos ordinarios, públicos o concertados, es no sólo conforme a la legalidad, sino lo deseable desde criterios asistenciales, de rehabilitación y inserción social, político-criminales y lo recomendado desde las instancias normativas y de supervisión de derechos humanos internacionales y europeas, además de ser la tendencia en nuestro entorno europeo occidental.

Para ello, debería definirse el modelo óptimo, reformar la normativa legal y reglamentaria para adaptarla a este modelo, sobre todo mediante la aprobación de un Estatuto Jurídico del Paciente¹³ e implementar los recursos para hacer efectivo el modelo ejecución en recursos sociosanitarios no penitenciarios, con la disponibilidad de unidades específicas en hospitales no penitenciarios cuando haya necesidad de mayor seguridad (modelo del País Vasco), con la asistencia de los denominados en el RD 840/2011 servicios de gestión de penas y medidas alternativas para la esencial labor de comunicación y coordinación del ámbito judicial-penal y el sociosanitario.

Para ello se debe cumplir ya, aunque sea con más de 18 años de retraso, la Ley de Cohesión de la Sanidad de 2003 y que las Consejerías de Sanidad de las 14 comunidades autónomas restantes asuman que es su competencia y su responsabilidad.

Las deficiencias de la atención a la salud mental de personas penadas y sometidas a medida de seguridad son coherentes con las deficiencias de la atención a la salud mental de la población general, que se ven agravadas en colectivos como mujeres, menores o personas extranjeras. La respuesta adecuada a las personas penadas y a las sometidas a medida de seguridad depende, por tanto, fundamentalmente, del Sistema Nacional de Salud. Cobra especial importancia para la rehabilitación y inserción social de estas personas la integración en los recursos comunitarios y de la coordinación por los servicios de asistencia al poder judicial.

Contacto

Xabier Etxebarria Zarrabeitia ✉ xabietxe@ucm.es

Bibliografía

1. Sanz Morán, Á.J. (2003) Medidas de corrección y de seguridad en el Derecho penal. Valladolid: Lex Nova.
2. Urruela Mora, A. (2009) Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. Especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectados de anomalía o alteración psíquica. Albolote, Granada: Comares.
3. Lascurain Sánchez, J.A. (2005) Por un derecho penal sólo penal: derecho penal, derecho de medidas de seguridad y derecho administrador y sancionador, en Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo / Gonzalo Rodríguez Mourullo (hom.), 2005: 587-626.
4. Martínez Garay, L. (2014) La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad. In: Dret nº 2 2014: 1-77.
5. Etxebarria Zarrabeitia, X. (2010) Las medidas de seguridad como instrumento de reinserción. Práctica penal: cuaderno jurídico SEPIN, 16-30.
6. Etxebarria Zarrabeitia, X. (2014). Medidas de seguridad: presupuestos de su aplicación. Nuevas medidas de seguridad "adlictuales". Acumulación de penas y medidas. Problemas de ejecución. Algunas cuestiones relativas a las reformas de derecho penal y procesal penal. Cuadernos penales José María Lidón núm. 10, 125-154.
7. Doval País, A. (2022) El trastorno mental sobrevenido. antecedentes, problemas y previsiones del anteproyecto de Ley de Enjuiciamiento Criminal. Un modelo integral de Derecho penal. Libro homenaje a la profesora Mirentxu Corcoy Bidasolo. Madrid: BOE: 589-599.
8. Jaén Moreno, MJ, Moreno Díaz, MJ (2017) Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médicos periciales. Trastornos mentales y justicia penal: Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal / coord. por Ana Sánchez Rubio; Ignacio Flores Prada (dir.). Cizur menor: Aranzadi: 137-172.
9. Calcedo-Barba, A., Antón Basanta, J., Paz Ruiz, S. (2023) Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona.
10. Hava García, E. (2021) Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave. Estudios penales y criminológicos, XLI: 59-135.
11. Pérez Martínez, E., Hernández Monsalve, M. (2021) Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales. Revista Española de Neuropsiquiatría 2022; 42 (141): 251-267.
12. Gómez-Escolar Mazuela, P. (2018) Enfermedad mental y prisión. A propósito de la STC 84/2018, de 16 de julio. Diario La Ley, nº 9285, de 24 de octubre de 2018, Wolters Kluwer: 1-12.
13. Barrios Flores, LF. (2015) La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. Revista Criminalidad, 57(1), 45-60.
14. Javato Martín, AM. (2021) La ejecución de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico. Salud mental y privación de libertad. Aspectos jurídicos e intervención. Barcelona: J.M. Bosch editor: 45-71.
15. Roldán Barbero, H. (2019) ¿Adónde van los enfermos mentales que cometen delitos? Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad (5), 1-21.
16. Nistal Burón, J. (2012) El cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad. Problemática que genera la escasa regulación normativa al respecto. Diario La Ley Nº 7865, Sección Doctrina, 1-13.
17. Consejo General del Poder Judicial (2010) Informe al proyecto de Real Decreto por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas, de 22 de diciembre de 2010.
18. Bueno Arús, F. (2004) Revista del Poder Judicial nº 68 407-473. También en textos refundidos de 2008 y 2009 y 2010 como nº 89. En 2022 este Criterio fue sustituido por el nº 48.
19. Cerezo Domínguez, A., Díaz Sánchez, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. International E-Journal of criminal sciences (10), 1-24.
20. Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2022). Guía sobre la jurisprudencia del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Derechos de las personas privadas de libertad Actualizada el 31 de agosto de 2022. Traducida por la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA).
21. González Collantes, T., Sánchez Villanova, M. (2015) Las medidas de seguridad privativas de

- libertad. Lo que pudo ser y no fue. *Revista de Derecho penal y Criminología*, 3ª época, nº 14, 53-102.
22. Cáceres García, J. (2007). Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria. *El Juez de Vigilancia Penitenciaria y las medidas de seguridad*. Madrid: Servicio de Formación continua de la Escuela Judicial. *Estudios de Derecho Judicial*: 69-102.
 23. Consejo de Europa. (2021) Informe al Gobierno español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes (CPT) del 14 al 28 de septiembre de 2020.
 24. Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto que todos debemos asumir. *Rev Esp Sanid Penit* 2011; 13: 67-68.
 25. Navarro García, M., Segovia Bernabé, J.L., (2007) Reflexiones y propuestas en torno a las medidas de seguridad. El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad. Consejo General del Poder Judicial, Centro de Documentación Judicial. Madrid: 387-390.
 26. Laca Cuenca, P., Solar Calvo, P., (2021) El enfermo mental en prisión. ¿Interno o paciente? Salud mental y privación de libertad. Aspectos jurídicos e intervención. *J.M Bosch*: 233-258.
 27. Grupo de Estudios de Política Criminal (2023) Propuesta alternativa de regulación del régimen penal aplicable a las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual.
 28. Arroyo Cobo, J.M., (2011) Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2011; 13: 100-111.
 29. PRECA (2011) Informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). Barcelona.
 30. Mezzina, R. (2022) La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2022: 42(141): 227-249.
 31. Barrios Flores, L.F. (2021) El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de Salud Mental*, vol. XVII, nº 64, 25-38.
 32. Protocolo entre la Dirección de ejecución penal y el Área de salud mental de Osakidetza para el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en centros hospitalarios de la comunidad autónoma de Euskadi de 31 de marzo de 2009.
 33. Madariaga Zamalloa, I. (2019) Unidad de psiquiatría legal. *International Journal of Integrated Care*, 19(S1): A644, pp. 1-8.
 34. Rodríguez Yagüe, C. (2019) Cuando los centros penitenciarios se convierten en hospitales, psiquiátricos y asilos: aspectos regimentales y tratamentales de la gestión de la enfermedad y de la ancianidad en prisión. *Revista General de Derecho Penal* 32: 1-32.

- Recibido: 20/06/2023.
- Aceptado: 01/07/2023.