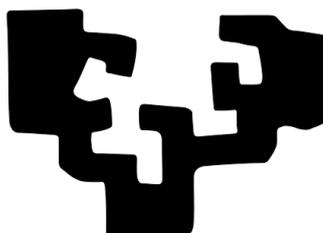


**TRATAMIENTO OTORGADO POR EL CÓDIGO PENAL DE 1995
Y CONSECUENCIAS JURÍDICAS APLICABLES A LOS SUJETOS
QUE PADECEN UNA ANOMALÍA, ALTERACIÓN MENTAL O
TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO Y A LOS SUJETOS
DROGODEPENDIENTES**

TRABAJO REALIZADO POR JUNE DÁVILA IRIA
DIRIGIDO POR JOSÉ LUIS DE LA CUESTA ARZAMENDI

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

GRADO EN DERECHO
FACULTAD DE DERECHO (DONOSTIA)
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA
(UPV/EHU)
2019/2020

1. INTRODUCCIÓN	1
2. UN INJUSTO TÍPICO Y CULPABLE	4
2.1. La culpabilidad: concepciones	5
2.2. La imputabilidad	7
3. CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD	10
3.1. Anomalía o alteración psíquica (art. 20. 1º CP)	10
3.2. Intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, o síndrome de abstinencia (art. 20. 2º CP)	11
3.3 Alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.	15
3.4. Imputabilidad y su graduación	16
4. PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD	17
5. SISTEMA PENITENCIARIO	21
5.1. Marco jurídico	21
5.2 Finalidad perseguida: Rehabilitación y reinserción	22
6. CONSECUENCIAS JURÍDICO-PENALES APLICABLES A LOS DELINCIENTES DROGODEPENDIENTES	23
6.1. Introducción	23
6.2. Centro de deshabitación	24
6.2.1. Internamiento como medida de seguridad	24
6.2.2. Sistema vicarial	25
6.2.3. Suspensión de la pena	26
6.3. Tratamiento en prisión	28
6.4. Objetivos	30
7. CONSECUENCIAS JURÍDICO-PENALES APLICABLES A LOS DELINCIENTES QUE PADECEN ANOMALÍAS O ALTERACIONES PSÍQUICAS	31
7.1. Introducción	31
7.2. Regulación	33

7.3. Establecimientos psiquiátricos penitenciarios y Unidades de psiquiatría penitenciaria	35
7.3. Unidad de psiquiatría legal del Hospital Aita Menni	37
8. UN CONTRASTE CON LA REALIDAD: DATOS RELEVANTES	39
8.1. Toxicómanos	39
8.2. Enfermedad mental	42
9. CONCLUSIONES	43
10. BIBLIOGRAFÍA	49
11. LEGISLACIÓN	52
12. JURISPRUDENCIA	54

1. INTRODUCCIÓN

El interés en conocer más sobre el tratamiento otorgado por el actual Código Penal y las consecuencias jurídicas aplicables a los sujetos con alguna anomalía o alteración psíquica, así como a los drogodependientes me ha llevado a hacer este trabajo.

Mi pueblo natal, Arrasate-Mondragón, ha sufrido el problema de la drogodependencia entre sus habitantes desde hace muchos años atrás, y en la actualidad, vuelve a convertirse en un problema social preocupante, sobre todo entre los más jóvenes, y como en muchas ocasiones ocurre, esto va unido al aumento de la delincuencia, manifestándose en la mayoría de los supuestos en delitos contra la propiedad o contra la salud pública.

Por otro lado, el Hospital Psiquiátrico de Aita Menni ha despertado en mí un gran interés, a consecuencia de la creación de la Unidad de Psiquiatría Legal; un establecimiento perfectamente equipado para cumplir con la medida de seguridad impuesta por el órgano jurisdiccional y así poder otorgar un correcto tratamiento a los sujetos inimputables y semiimputables por razón de una anomalía o trastorno mental.

Además, es un hecho indiscutible la importante presencia de la drogadicción y de los trastornos mentales en el ámbito de la población penitenciaria. En muchas ocasiones, la delincuencia ha ido acompañada de estos factores, llegando a convertirse en un problema para los Estados y para sus propios sistemas penitenciarios por no poder otorgar el correcto tratamiento a los delincuentes y, demostrando así la insuficiencia de los mismos¹.

Hasta finales del siglo XIX, el Derecho Penal se concebía como un binomio formado por el delito y la pena. La Escuela positiva Italiana, para llegar a aquellos supuestos a los que el Derecho Penal clásico no podía llegar, introdujo una novedad, formada por un nuevo binomio, la peligrosidad y la medida. Esta nueva concepción

¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. "La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia. 2018. Madrid. (NIPO: 126-17-055-0)

permitía al Estado intervenir en los casos en los que el sujeto se consideraba peligroso por haber cometido un delito, pero no se le podía castigar con una pena, por no concurrir en el sujeto el elemento de la culpabilidad, posibilitando en estos casos la imposición de una medida de seguridad. El fundamento de la medida de seguridad no era la culpabilidad del sujeto, sino la peligrosidad criminal exteriorizada por la comisión de un delito; por lo tanto, esta nueva concepción nació con la finalidad de controlar esta peligrosidad².

El artículo 8 del Código Penal de 1944³ ya preveía la posibilidad de aplicar una eximente a los sujetos que padecían una enajenación mental y los que se hallaban en un estado de trastorno mental transitorio en el momento de comisión del delito, siempre que el mismo no hubiese sido provocado para la comisión del mismo. Sin referirse en ningún momento al sujeto que al momento de llevar a cabo el delito se encontraba en un estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, sustancias o síndrome de abstinencia provocado por los mismos. La reforma realizada en 1973⁴, ya se refería al internamiento en un establecimiento destinado a atender a las necesidades de los enajenados mentales y los que sufrían un trastorno mental transitorio.

La Constitución Española de 1978⁵, en el artículo 25.2º se refiere a la finalidad de las penas privativas de libertad y medidas de seguridad privativas de libertad estableciendo que deberán ir dirigidas a la “*reeducación y reinserción del condenado*”, cambiando la concepción anterior, basada solamente en el castigo. El Código Penal de 1995⁶ supuso un gran avance en este ámbito, regulando la posibilidad de aplicar a los sujetos inimputables y semiimputables por razón de trastorno mental, intoxicación por consumo de sustancias o la dependencia que las mismas genera y por sufrir una alteración en la percepción, distintas medidas de seguridad adecuadas a su situación, o la posibilidad de recibir tratamiento adecuado en un centro extrapenitenciario o en el mismo centro penitenciario.

² Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. 35.(4).531-536.2010. pág. 525

³ Decreto de 23 de diciembre de 1944, *por el que se aprueba y promulga “Código Penal, texto refundido de 1944”*, según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. (BOE núm. 13, página 472)

⁴ Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, *por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre*. (BOE núm. 297, de 12 de diciembre de 1973, páginas 24004 a 24018) (BOE-A-1973-1715)

⁵ Constitución Española de 1978, (BOE núm. 311, de 29/12/1978) (BOE-A-1978-31229)

⁶ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, *del Código Penal* (BOE núm. 281, de 24/11/1995) (BOE-A-1995-25444)

La redacción del artículo 20. 1º del Código Penal de 1995 amplía la interpretación del artículo 1º del anterior Código Penal, refiriéndose a “*cualquier anomalía o alteración psíquica, que no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a su comprensión*” y la condición de no haber provocado dicha situación para la ejecución del delito solamente se exige cuando se trate de un trastorno mental transitorio. El segundo apartado del mismo artículo recoge la novedad anteriormente mencionada, eximiendo de responsabilidad a los que se encuentren en un estado de intoxicación plena o síndrome de abstinencia por el consumo de bebidas alcohólicas o sustancias tóxicas.

Las medidas se consideran alternativas a la pena, aunque las mismas también puedan consistir en la privación de la libertad del sujeto, internándolos en un centro psiquiátrico, de deshabitación o de educación especial, tal y como lo establece el Código Penal en los artículos de 101 a 104.

Este avance también se refleja en la ejecución de las penas, otorgando mayores posibilidades y facilidades para conseguir la finalidad establecida en la Constitución Española. Para ello, el Sistema Penitenciario⁷ cuenta con distintos programas y establecimientos con los que atender a las necesidades de los sujetos, tanto a los que se les aplica la medida de seguridad, como a los que cumplen condena, pero, ¿son suficientes?

⁷ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. Madrid. (NIPO: 126-11-088-5). pág. 19

2. UN INJUSTO TÍPICO Y CULPABLE

La Teoría General del Delito requiere varios elementos esenciales, para la exigencia de responsabilidad penal. Para hablar de delito se exige que nos encontremos ante un comportamiento humano, típico, antijurídico, culpable y punible. Por mi parte, centraré la atención en los siguientes tres elementos; la tipicidad, antijuricidad y culpabilidad.

El primer elemento puede ser definido de la siguiente forma: “La tipicidad es la adecuación de un hecho cometido a la descripción que de ese hecho se hace en la ley penal”⁸. Esto significa que solamente los hechos que se adecuen a la descripción recogida en el Código Penal (en adelante CP) y en otras leyes especiales, pueden ser considerados delito; por muy injusto que pueda llegar a ser un determinado hecho, si no se encuentra recogido en la misma, no podremos sancionar penalmente al sujeto por su acción u omisión.

Flores Mendoza, en el capítulo dedicado a “La Tipicidad”⁹, se refiere a la triple función de este elemento. En primer lugar, la “función seleccionadora”¹⁰; sirve para seleccionar aquellos comportamientos humanos que serán considerados penalmente relevantes; el artículo 10 del CP establece lo mismo: “son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”. La “función de garantía”¹¹ se encuentra estrechamente relacionada con el principio de legalidad, ya que los comportamientos que serán penalmente sancionados tienen que encontrarse recogidos en la norma penal, tal y como se entiende en el artículo 1.1 del CP, que establece lo siguiente: “no será castigada ninguna acción ni omisión que no esté prevista como delito por ley anterior a su perpetración”. Por último, cabe mencionar también una función motivadora”¹², ya que con la descripción de la acción u omisión recogida en el CP y el castigo que se impone a

⁸ Muñoz Conde, F., y García Arán, M., *Derecho Penal: Parte General*. 9ª ed., Tirant to blanch, Valencia, 2015, pág. 265

⁹ Flores Mendoza, F. “La tipicidad”. Alustey, C., Boldova, M.A., Escuchuri, E., Flores, F., Hernández, J.U, I. Navarro, M.A. Rueda Martín, Vizueta, J. *Derecho Penal Parte General: Introducción teoría jurídica del delito*, Editorial Comares, Granada, 2013, pág. 93

¹⁰ Flores Mendoza, F. *Ibidem*. pág 93

¹¹ Rueda Martín, M.A. *Derecho Penal Parte General: Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 75

¹² Flores Mendoza, F. *Derecho Penal Parte General: Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 93

la realización u omisión del hecho descrito, el legislador espera que los sujetos se abstengan de realizar las conductas tipificadas.

Tal y como establece Muñoz Conde, tenemos que distinguir dos conceptos, el tipo y la tipicidad. Por un lado, el tipo puede ser entendido de la siguiente forma, “la descripción de la conducta prohibida que lleva a cabo el legislador en el supuesto de hecho de una norma penal”¹³. Por otro lado, la tipicidad se define como “la cualidad que se atribuye a un comportamiento cuando es subsumible en el supuesto de hecho de una norma penal”¹⁴. Por lo tanto, solamente el comportamiento que guarde relación con la descripción recogida en la norma penal puede considerarse delito.

La antijuricidad es entendida como “Un juicio negativo de valor que recae sobre un comportamiento humano y que indica que ese comportamiento es contrario a las exigencias del Ordenamiento jurídico”¹⁵. Por ello, para que un determinado hecho pueda ser considerado delito y, por consiguiente, castigar al sujeto que lo lleve a cabo, es necesario partir de la comprobación de que el mismo, es contrario a Derecho.

Por último, encontramos la categoría de la culpabilidad, a la cual prestaré mayor atención. Es otro de los elementos necesarios para poder sancionar penalmente el acto u omisión, típico y antijurídico realizado por un determinado sujeto¹⁶. La función de esta categoría consiste en “acoger aquellos elementos referidos al autor del delito que, sin pertenecer al tipo ni a la antijuricidad, son también necesarios para la imposición de una pena”¹⁷.

2.1. La culpabilidad: concepciones

A lo largo del tiempo han surgido distintas concepciones sobre la culpabilidad. En un principio, se consideraba un concepto unido a la psicología y a la esfera personal del sujeto¹⁸. Posteriormente, surgió la concepción normativa de la culpabilidad, la cual

¹³ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal: Parte General*. cit. pág. 265

¹⁴ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Ibidem*. pág. 265

¹⁵ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Ibidem*. pág. 266

¹⁶ Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción Jurídica del Delito*, cit. pág. 245

¹⁷ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*. cit. pág. 375

¹⁸ Urruela Mora, A., *Derecho Penal, Parte General, Introducción Jurídica del Delito*, cit. pág. 244

encuentra su esencia en el “juicio de reproche y en la exigibilidad de obrar conforme a Derecho”¹⁹. De acuerdo con esta teoría, se entiende que, al sujeto que ha realizado el hecho delictivo se le puede exigir que actúe conforme a su deber, esto es, el sujeto cuenta con libertad para decidir si su conducta será conforme a Derecho o no, por lo que la pena se concibe como un reproche por no haber actuado como debía. Por lo tanto, según esta concepción, actúa culpablemente aquel que pudo actuar de otra manera distinta, conforme a Derecho y no lo hizo²⁰.

Esta teoría no tardó en recibir críticas. Parte de la doctrina opinaba que era una teoría poco científica, al basarse en argumentos generalmente indemostrables, como por ejemplo, la capacidad de actuar de una forma diferente. Además, hay que tener en cuenta que cuando hablamos de la culpabilidad, nos estamos refiriendo a su finalidad de “justificar y limitar la imposición de una pena al autor de un hecho típico y antijurídico”²¹, por lo que se generó la necesidad de buscar otro fundamento distinto de la concepción normativa. La culpabilidad encontró entonces su fundamento en las finalidades preventivas que busca el Derecho penal²².

El actual concepto de culpabilidad según Urruela Mora²³, se basa en la capacidad de comprender la prohibición de llevar a cabo los actos recogidos en el CP y en la motivación que la misma pueda causar en la esfera interior de los sujetos. La función motivadora de la norma penal es el aspecto más importante por lo que respecta a la culpabilidad.

La norma penal está dirigida a aquellos sujetos que tengan capacidad de ser motivados, con la finalidad de que se abstengan de cometer los hechos delictivos recogidos en la misma. Por esta razón, la legislación establece unos límites, fijando un grado de desarrollo biológico, cultural o psíquico del sujeto, a partir del cual puede entenderse que debería sentirse motivado por lo recogido en el CP, por lo que podrá ser considerado culpable o responsable del hecho que haya llevado a cabo. Cuando los sujetos

¹⁹ Quintero Olivares, G., Morales Prats, F. *Parte General del Derecho Penal*, Thomson Reuters, Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2010, pág. 407

²⁰ Quintero Olivares, G. *Parte General del Derecho Penal*. cit. pág. 409

²¹ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal Parte General*. cit. pág. 379

²² Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Ibidem*. pág. 380

²³ Urruela Mora, A., *Derecho Penal, Parte General, Introducción Jurídica del Delito*, cit. pág. 245

no alcancen el límite fijado, esta situación tiene que tenerse en cuenta para eximir o atenuar su responsabilidad²⁴.

Para poder considerar a una persona culpable, según Muñoz Conde, tienen que darse las siguientes circunstancias o elementos específicos: la imputabilidad o capacidad de culpabilidad, el conocimiento de la antijuricidad del hecho cometido y la exigibilidad de un comportamiento distinto. El primer elemento hace referencia a la capacidad del sujeto de ser motivado por la norma, ya sea por la edad, situación mental u otras circunstancias. El segundo se refiere a la necesidad de que el sujeto conozca la prohibición del hecho que está llevando a cabo, ya que, si el sujeto no conoce que la conducta está prohibida, no puede ser motivado por la misma. Y, por último, a un sujeto se le puede exigir que actúe de una determinada forma para evitar el mal, pero no se le pueden exigir actuaciones heroicas, por lo que en aquellos casos en los que no se le pueda exigir la actitud que hubiese sido adecuada en el supuesto, faltará este último elemento y con ello la culpabilidad²⁵.

Por lo tanto, en aquellos supuestos en los que los sujetos no cuenten con los elementos básicos para comprender la ilicitud del hecho, como pueden ser, la falta de madurez, un defecto psíquico, entre otras circunstancias que se encuentran recogidas en el artículo 20 del CP, parece razonable exonerar o atenuar la responsabilidad del mismo.

2.2. La imputabilidad

Urruela Mora define la imputabilidad como “la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión”²⁶. La imputabilidad o capacidad de culpabilidad consiste en que el sujeto que ha cometido el hecho típico y antijurídico, tenga las facultades psíquicas y físicas mínimas para comprender la ilicitud de los hechos recogidos en la norma penal y a su vez, ser motivado por la misma. Para poder considerarlo culpable, se exige que el sujeto tenga estas facultades mínimas; en caso contrario, no se le podrá responsabilizar penalmente por el hecho realizado²⁷. En estos

²⁴ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal Parte General*, cit. pág. 383

²⁵ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Ibidem*. págs. 383-385

²⁶ Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 257

²⁷ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*, cit. pág. 384

supuestos la doctrina entiende que no podrán ser tratados penalmente de igual manera que un sujeto con sus plenas facultades, aunque hay que tener en cuenta que dicha situación de inimputabilidad tendrá que acreditarse a lo largo del proceso, para poder eximir su responsabilidad, ya sea total o parcialmente²⁸.

Nuestro CP distingue en el Libro primero, Título primero, Capítulo II, las causas que eximen de la responsabilidad criminal. Tenemos que tener en cuenta que, para nuestro ordenamiento, la minoría de edad, regulada en el artículo 19, no supone una causa de inimputabilidad, sino solamente una causa de inaplicación del CP: esto es, la minoría de edad supone uno de los límites personales de aplicación de esta ley, ya que la inimputabilidad por razón de edad encuentra su límite en los 14 años, pues, en el Derecho Penal español solo son inimputables ex lege por razón de edad los menores de 14 años²⁹.

Las causas de inimputabilidad se encuentran reguladas en los tres primeros apartados del artículo 20 CP; la primera se refiere a cualquier anomalía o alteración psíquica, la segunda se refiere al estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, así como el síndrome de abstinencia, y por último, también es causa de inimputabilidad la alteración en la percepción que produzca una alteración grave de la realidad, la cual solamente mencionaré, centrando la atención en las dos primeras.

La legislación penal establece los supuestos en los que un sujeto, ya sea autor o partícipe del hecho, quedará exento de responsabilidad penal por no concurrir en él la capacidad de comprender la ilicitud del hecho, la cual se conoce como “capacidad intelectual” o de dirigir u orientar su actuación conforme a lo recogido en el CP, esto es, la “capacidad volitiva”. El inimputable, a consecuencia de su situación mental al momento de cometer el delito, no tiene la capacidad de comprender la antijuridicidad del hecho que está llevando a cabo o no es capaz de controlar su voluntad para actuar conforme a derecho³⁰.

²⁸ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*, cit. pág. 390

²⁹ De la Cuesta Arzamendi, J.L., *Imputabilidad y Nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López*. Granada, 1999, pág. 304

³⁰ Leganés Gómez, S., *Drogas, delincuencia y enfermedad mental*. cit. pág. 522

Actualmente, se mantienen distintos criterios para considerar a los sujetos inimputables³¹:

- El primero de ellos, el “psiquiátrico o biológico”, que se fija en la patología o enfermedad del sujeto, sin tener en cuenta la incidencia que la misma pueda tener a la hora de comprender la ilicitud del hecho que está llevando a cabo.
- Por otro lado, encontramos una fórmula “psicológica”, la cual deja de lado la patología o enfermedad que sufre el sujeto para centrarse únicamente en su incidencia: la capacidad de comprender y querer en el momento del hecho.
- El tercer y último, sigue un “sistema mixto”, exige no solo la presencia de la patología o enfermedad, sino también la prueba de su incidencia en el momento de la comisión del hecho.

El actual CP se basa en la tercera fórmula, esto es, la mixta. Como acabo de mencionar, este sistema, para excluir la imputabilidad del sujeto, exige el cumplimiento de una serie de requisitos, los cuales se basan, por un lado, en la verdadera presencia de un trastorno mental permanente o transitorio, estado de intoxicación, síndrome de abstinencia o alteración sensorial, y por otro lado, en el factor o efecto psicológico, que consiste en la incidencia que estas circunstancias provocan en la forma de actuar del sujeto³².

La sentencia núm. 633/2010, de 29 de octubre³³ establece las pautas a seguir a la hora de considerar a los sujetos inimputables, semiimputables o imputables:

- Para poder aplicar la eximente completa a un sujeto es necesaria la existencia de una alteración psíquica del artículo 20.1 o una situación de intoxicación plena del artículo 20.2 del CP, siendo necesario que esta alteración se aprecie de manera significativa y constante en el sujeto, anulando totalmente sus facultades volitivas y cognoscitivas, pudiendo darse esta situación por la alteración permanente

³¹ Leganés Gómez, S., *Drogas, delincuencia y enfermedad mental*. cit. pág. 523

³² Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 258

³³ Audiencia Provincial de Madrid (Sección 16ª). Sentencia núm. 663/2010 de 29 octubre. (JUR 2011\31285)

generada por el consumo de drogas, por una intoxicación puntual plena o por el síndrome de abstinencia.

- Para aplicar la eximente incompleta del artículo 21.1 relacionado con el artículo 20.1 o el 20.2 del CP, es necesaria la existencia de una alteración psíquica y que aun sin producir la anulación total de las facultades volitivas y cognoscitivas, sí provoque una afectación significativa y con cierto grado de permanencia de dicha facultad psíquica.
- La atenuante del artículo 21.2 CP puede aplicarse como muy cualificada o como una simple. Para la aplicación de la atenuante como muy cualificada, es necesaria la comprobación de que la afectación es permanente, aunque en un grado de intensidad inferior a la eximente incompleta, con una relevante afectación de las facultades volitivas y cognoscitivas. Para la aplicación de la atenuante simple, es necesaria la comprobación de la existencia de una verdadera situación de drogadicción que produzca una grave adicción; por lo tanto, no basta con que sea un consumo puntual o esporádico.

3. CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD

3.1. Anomalía o alteración psíquica (art. 20. 1º CP)

La primera causa de inimputabilidad regulada en el artículo 20 CP, se refiere al supuesto en el que el sujeto que comete el delito presente una anomalía, alteración psíquica o trastorno mental transitorio, la cual necesariamente debe conllevar la consecuencia de no comprender la ilicitud del hecho que está llevando a cabo.

El artículo 20. 1º CP establece que se eximirá la responsabilidad de aquél “que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

El efecto psicológico es uno de los factores a tener en cuenta en el supuesto de esta eximente y tiene que ser entendido de la siguiente forma “una perturbación de las facultades intelectuales o volitivas y esta perturbación debe incidir en la comprensión de

la ilicitud del hecho o en la capacidad de orientar la conducta conforme a dicha comprensión”³⁴. Para que pueda actuar como una eximente completa, se exige que el trastorno no haya sido provocado con el propósito de cometer el delito y que la perturbación sea plena; en caso contrario, podremos encontrarnos ante una eximente incompleta, regulada en el artículo 21. 1º CP y en el supuesto en el que la incapacidad sea de menor intensidad podrá aplicarse la atenuante analógica del artículo 21. 7º CP.

La clasificación de los trastornos mentales se encuentra en la CIE-11 realizada por la Organización Mundial Salud y la DSM-V, de la Asociación Psiquiátrica Americana³⁵. La definición del término “anomalía o alteración psíquica” recoge “los denominados trastornos mentales orgánicos, las epilepsias, las psicosis endógenas (esquizofrenia y trastornos delirantes persistentes o paranoias), los trastornos del humor afectivos, las neurosis, las psicopatías y los casos de oligofrenia”³⁶. Es importante mencionar que la descripción de los supuestos que eximen la responsabilidad penal del sujeto en los supuestos de anomalía o alteración psíquica es muy amplia y poco concreta, aunque para muchos autores, entre ellos, Muñoz Conde, Urruela Mora o Cerezo Mir, esto puede llegar a ser beneficioso al resultar flexible, ya que puede permitir abarcar nuevos supuestos que la ciencia vaya descubriendo a lo largo del tiempo, sin necesidad de reformar el CP.

3.2. Intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, o síndrome de abstinencia (art. 20. 2º CP)

Por lo que respecta a la causa de inimputabilidad regulada en el apartado 2º del artículo 20, se refiere a aquellos sujetos que cometen los hechos delictivos en un estado de intoxicación plena por encontrarse bajo los efectos de las drogas tóxicas, estupefacientes, otras que produzcan efectos análogos, alcohol o síndrome de abstinencia. Aunque para poder considerar al sujeto inimputable, al igual que en la anterior circunstancia eximente, se exige que el sujeto no haya provocado esta situación para así

³⁴ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*, cit. pág. 302

³⁵ Tirant on line. La imputabilidad. *Teoría jurídica del delito y de la pena*. (www.tirantonline.com)

³⁶ Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 261

resultar inimputable, pero lo que sí es necesario es que el delito se haya cometido a consecuencia de la intoxicación³⁷.

El síndrome de abstinencia se puede definir como “una alteración psíquica que se caracteriza por un síndrome específico y viene determinado por la clase de sustancia, debido al cese o reducción del consumo prolongado de esa sustancia. Los síntomas del síndrome varían en función de la sustancia, pero en todo caso crean un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social debido a la presión motivacional que crea la necesidad física o psíquica de consumir droga”³⁸.

La eximente recogida en el artículo 20. 2º CP se refiere a la intoxicación plena, la cual exige que el sujeto, al momento de cometer el hecho delictivo, se halle en dicho estado ya sea por el consumo de drogas o bebidas alcohólicas; por otro lado, se refiere al sujeto que se encuentre bajo los efectos del síndrome de abstinencia. Estas dos circunstancias tienen que causar en el sujeto la falta de capacidad para comprender la ilicitud del hecho que está llevando a cabo o para actuar conforme a su voluntad³⁹.

La STS 203/2018, 25 de Abril de 2018⁴⁰, establece que, en los casos de drogadicción solamente se podrá aplicar la eximente completa recogida en el artículo 20.2º CP en “los supuestos en los que esos efectos anulatorios de las funciones cognoscitivas y volitivas del sujeto se producen en el momento del hecho como consecuencia de una intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y otras que produzcan efectos análogos, o bien por encontrarse el sujeto bajo un síndrome de abstinencia severo a causa de su dependencia de tales sustancias”. Además, el TS entiende que “la adicción, cuando ha sido prolongada en el tiempo e intensa, o reciente pero muy intensa, provoca una disminución profunda de la capacidad del sujeto, aun cuando generalmente no la anule”.

³⁷ Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 271

³⁸ Muñoz Sánchez, J., Responsabilidad Penal del Drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2014, núm. 16-03. pág. 03:17

³⁹ Muñoz Sánchez, J., *Ibidem*. pág. 03:13

⁴⁰ España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección1ª) Sentencia núm. 203/2018 de 25 abril. (RJ 2018\2687)

Como he mencionado, por lo que respecta a esta circunstancia, tenemos que tener en cuenta que se requieren tres elementos para poder aplicarla como una eximente completa, lo que convertirá al sujeto en inimputable:

- Por un lado, se exige que el sujeto se halle en estado de intoxicación plena.
- Por otro lado, se exige que no cuente con las facultades necesarias para comprender la ilicitud de su actuación.
- Por último, que no haya sido provocado con la finalidad de cometer el delito.

Si, en cambio, los tres elementos requeridos no se cumplen, sólo cabrá considerar que nos encontramos ante una eximente incompleta, regulada en el artículo 21. 1º CP, en relación con el artículo 20. 2º CP.

El CP otorga la posibilidad de reducir el grado de culpabilidad del sujeto por otra vía, concretamente por la regulada en el artículo 21. 2º CP. Para poder aplicar la atenuante basada en la grave adicción del sujeto, se exige la concurrencia de otros dos requisitos⁴¹ más concretos:

- Que la adicción sea grave, esto es, que provoque “un estado psíquico y físico determinado por el consumo continuado de droga durante un periodo de tiempo, que se caracteriza por la pérdida del control en el uso de la sustancia”.
- Que el delito se haya cometido a consecuencia de la adicción que el sujeto sufre.

La delincuencia llevada a cabo por los drogodependientes puede ser diferenciada en cuatro clases distintas, pero por lo que respecta a este trabajo yo solamente me referiré a dos de ellas⁴².

- La “delincuencia inducida” se refiere a aquellos supuestos, en los que el sujeto se encuentra bajo el efecto de las sustancias, o lo que también se conoce como estado de intoxicación, y a raíz de ello comete un delito. Solamente cuando el sujeto sea consumidor habitual, delinquirá de forma continuada; en los demás casos, la

⁴¹ Muñoz Sánchez, J., Responsabilidad Penal del Drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. cit. pág. 03:20

⁴² Leganés Gómez, S., *Drogas, delincuencia y enfermedad mental*. cit. págs. 516-517

delincuencia será esporádica. Los delitos más cometidos por estos sujetos son “los delitos contra las personas, contra la vida, contra la libertad sexual, contra el orden público, contra la seguridad del tráfico”.

- La “delincuencia funcional”, en cambio, es la llevada a cabo por el drogodependiente para obtener financiación para seguir consumiendo las sustancias y es la que los sujetos cometen a consecuencia de su grave adicción; esto es, la delincuencia funcional se encuentra relacionada con la atenuante del artículo 21. 2º CP. Este tipo de delincuencia depende de dos factores: por un lado, se atiende el grado de dependencia que presenta el sujeto, ya sea psíquico o físico y, por otro lado, la capacidad que tiene el sujeto de obtenerla sin necesidad de delinquir. Por lo tanto, cuanto más dependiente sea el sujeto y mayores dificultades económicas presente, la cantidad de delitos cometidos aumentará con el paso del tiempo. Los delitos habitualmente cometidos son “contra el patrimonio, delitos de falsedad, tráfico de drogas, tenencia ilícita de armas y contra el orden público”.

Gran parte de la jurisprudencia y doctrina entiende que *“si el consumo reiterado durante un tiempo ha creado una anomalía o alteración psíquica es de aplicación el artículo 20.1 CP”*⁴³. Esto es, cuando a consecuencia del consumo de sustancias tóxicas, el sujeto haya sufrido una anomalía o alteración psíquica, será de aplicación el artículo 20.1 CP y no el artículo 20.2 CP.

A lo largo del tiempo, la jurisprudencia ha ampliado la clasificación de las sustancias que pueden llegar a provocar dicho estado, entendiendo durante los últimos años que solamente podía producirse por el consumo continuado de las sustancias usualmente conocidas como “droga dura”. Hoy en día la jurisprudencia ha dejado de lado esta línea y ha optado por basarse en una concepción normativa, basada en el elemento psicológico, “determinando la gravedad de la adicción por la influencia que tenga en la capacidad volitiva del sujeto”, entendiendo que se considerará grave toda adicción que afecte a las capacidades volitivas del sujeto⁴⁴.

⁴³ Muñoz Sánchez, J., Responsabilidad Penal del Drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. cit. pág. 03:14

⁴⁴ Muñoz Sánchez, J., *Ibidem*. pág. 03:21

Por lo que respecta al síndrome de abstinencia es necesario hacer referencia a la jurisprudencia y a la doctrina. Se entiende que es muy complicado que dicho síndrome pueda llegar a ocasionar la pérdida total de la capacidad volitiva del sujeto; por lo tanto, cuando el sujeto realice un hecho delictivo a consecuencia de esta circunstancia, solamente será de aplicación el artículo 21.2 CP⁴⁵.

3.3 Alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Actualmente se considera “una eximente por ser relativa a situaciones de déficit de socialización, cualquiera que sea su causa u origen”⁴⁶. Al igual que las mencionadas eximentes, el juez o tribunal tendrá que valorar la circunstancia individual de cada sujeto, esto es, no se aplica automáticamente.

El artículo 20.3 CP establece lo siguiente “El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”. Al igual que las anteriores eximentes, para que esta pueda ser aplicada, se utiliza una fórmula que combina un aspecto biológico que se refiere a una verdadera alteración en la percepción y por otro lado, un efecto psicológico, esto es, que provoque una verdadera alteración grave de la realidad en el sujeto.

Hay que tener en cuenta que esta eximente tiene algunos matices que la distinguen de las dos anteriores. Por lo que respecta al aspecto biológico, la alteración en la percepción se refiere a la falta o defecto de uno de los sentidos, situaciones de aislamiento o de déficit educativo; el requisito más importante en este sentido es que estas circunstancias aparezcan desde el nacimiento o infancia. El efecto psicológico en cambio, a diferencia de lo que ocurre en las demás eximentes, no exige la incapacidad de comprender el carácter antijurídico que conlleva el hecho que ha llevado a cabo o de actuar conforme al ordenamiento, sino que es suficiente con que “tenga alterada

⁴⁵ Muñoz Sánchez, J., Responsabilidad Penal del Drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. cit. pág. 03:18

⁴⁶ Tirant on line. La imputabilidad. *Teoría jurídica del delito y de la pena*. cit.

gravemente la conciencia de la realidad”, tal y como viene establecido en el artículo 20.3 CP. Aunque es importante mencionar que esta eximente apenas llega a aplicarse⁴⁷.

3.4. Imputabilidad y su graduación.

La imputabilidad de los sujetos que cometen hechos delictivos es graduable, esto es, el sujeto no siempre será plenamente imputable o plenamente inimputable. Por lo tanto, nuestro ordenamiento admite la opción de que un sujeto sea considerado semiimputable o que se le aplique una atenuante, basándose en su imputabilidad disminuida. En estos supuestos, será el propio Tribunal o Juez el que decida la repercusión que tenga la circunstancia para así decidir si se aplica la eximente o una mera atenuante en cada caso concreto⁴⁸.

Cuando los sujetos sean considerados inimputables, se les aplicará la eximente completa regulada en el artículo 20 CP; en estos supuestos, nuestro ordenamiento cuenta con un sistema de doble vía: pena y medida de seguridad. En los supuestos en los que se de una absoluta inimputabilidad, el sujeto peligroso tendrá que cumplir una medida de seguridad⁴⁹.

Que una persona sea considerada semiimputable supone que el sujeto tiene una “capacidad disminuida de comprender la ilicitud del hecho y/o actuar conforme a dicha comprensión”⁵⁰. En ocasiones las anomalías, trastornos o intoxicaciones que sufre el sujeto, no son suficientes como para poder considerarlo inimputable, por lo que en estos supuestos se opta por la opción de la semiimputabilidad, que supone una reducción de la culpabilidad.

Por lo tanto, cuando la anomalía o alteración, el estado de intoxicación o síndrome de abstinencia o la alteración en la percepción no sea suficiente para llegar a eximir la responsabilidad de los sujetos, esta circunstancia podrá actuar como una eximente incompleta tal y como establece el artículo 21. 1º CP. En estos casos se podrá aplicar el

⁴⁷ De la Cuesta Arzamendi, J.L., *Imputabilidad y Nuevo Código Penal*. cit. págs. 308-309

⁴⁸ Tirant on line. *La imputabilidad. Teoría jurídica del delito y de la pena*. cit.

⁴⁹ Tirant on line. *Ibidem*.

⁵⁰ Urruela Mora, A. *Derecho Penal, Parte General, Introducción teoría jurídica del delito*, cit. pág. 260

artículo 68 CP, según el cual los jueces y tribunales podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados, dependiendo de las circunstancias de cada sujeto o se le podrá imponer una medida de seguridad, si a la culpabilidad se añade la peligrosidad.

El artículo 21. 2º CP, como antes he mencionado, recoge una circunstancia atenuante para aquellos sujetos que cometan un delito a consecuencia de su grave adicción a sustancias tóxicas, estableciendo lo siguiente: “La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2 del artículo anterior”. Su aplicación deberá seguir las reglas impuestas por los artículos 65 y 66 CP.

La anomalía o alteración mental y el trastorno mental, en cambio, no cuentan con una atenuante expresa al igual que ocurre en el ámbito de la drogodependencia, sino que cuando la incapacidad sea de menor entidad se aplicará la atenuante analógica del artículo 21.7 CP, en relación con el apartado 1º del mismo, y a su vez con el artículo 20. 1º⁵¹.

4. PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

Nuestro ordenamiento jurídico cuenta con distintas clases de medidas de seguridad, las cuales se fundamentan en las necesidades de cada uno de los sujetos, y por ello, encontramos medidas de carácter asegurador, educador o de naturaleza curativa o terapéutica⁵².

Las medidas de seguridad llegan a aquellos supuestos a los que no llegan las penas por considerar a los sujetos inimputables, como ocurre con los sujetos a los que se les aplica las tres primeras eximentes del artículo 20⁵³. Estos sujetos, aunque con arreglo al CP sean inimputables, esto es, que carecen de culpabilidad, pueden resultar peligrosos para la sociedad, por lo que las medidas de seguridad otorgan la posibilidad de prevenir futuros delitos que puedan llegar a cometer⁵⁴.

⁵¹ Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. pág. 523

⁵² García-Pablos de Molina, A. *Introducción al derecho penal, instituciones, fundamentos y tendencias del Derecho Penal*, Volumen I, Editorial centro de estudios Ramón Areces, S.A: Madrid, 2012. págs. 351-352

⁵³ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*. cit. pág. 636

⁵⁴ García-Pablos de Molina, A. *Introducción al derecho penal, instituciones, fundamentos y tendencias del Derecho Penal*, cit. págs. 375-376

El actual sistema vicarial permite, además, compatibilizar las penas y medidas de seguridad en el caso de los sujetos semiimputables, por concurrir en ellos la eximente incompleta del artículo 21. 1º CP, en relación con los tres primeros apartados del artículo 20: esto es, a los alcohólicos, toxicómanos, enfermos mentales y a quienes sufren una alteración en la percepción⁵⁵.

Como acabo de mencionar, nuestro ordenamiento cuenta con un sistema de doble vía, regulado en el artículo 99 CP, el cual permite aplicar una pena, una medida de seguridad o ambas, dependiendo de la naturaleza de las medidas y de las características que presente cada supuesto.

En caso de concurrencia de una pena y una medida de seguridad, como puede ocurrir con los semiimputables, el juez o tribunal competente tendrá que priorizar la ejecución de la medida de seguridad, por entenderse esta como más adecuada para cumplir con la finalidad rehabilitadora que persiguen estas últimas. Evitando así, la ejecución del resto de la pena mediante la suspensión de la misma, para aquellos supuestos en los que la misma ya no resulte necesaria por haber desaparecido la peligrosidad criminal del sujeto al haber cumplido con la medida impuesta, aunque, cuando el Juez o Tribunal lo estime necesario, podrán imponer una medida no privativa de libertad⁵⁶.

El artículo 95 del CP establece que las medidas de seguridad serán aplicadas por los Jueces o Tribunales; para ello se exige que el sujeto haya cometido un delito y que de los informes realizados por los peritos se deduzca la probabilidad de que vuelva a cometer otro. También hay que mencionar que nuestro ordenamiento cuenta con dos clases de medidas, las privativas de libertad y las no privativas de libertad. Para poder aplicar una medida privativa de libertad, la pena prevista en el CP para el delito cometido, también tiene que ser privativa de libertad. Será el Juez o el Tribunal quien aplique la medida de seguridad siempre y cuando el sujeto inimputable o semiimputable haya cometido un delito y cuando exista una gran probabilidad de que el sujeto vuelva a delinquir; esto es,

⁵⁵ García-Pablos de Molina, A. *Introducción al derecho penal, instituciones, fundamentos y tendencias del Derecho Penal*, cit. págs. 375-376

⁵⁶ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*. cit. pág. 639

cuando de sus circunstancias personales pueda entenderse que existe una gran probabilidad de que vuelva a cometer otro delito.

El artículo 97 del CP establece que, durante la ejecución de la medida de seguridad impuesta mediante sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador podrá mantener la medida de seguridad, decretar el cese de la misma cuando desaparezca la peligrosidad, sustituir la medida por otra más adecuada o suspender la misma.

El CP se refiere a las medidas de seguridad privativas de libertad aplicables a los sujetos inimputables en los artículos 101.1, 102.1 y 103 y en el supuesto de los sujetos semiimputables, encontramos las medidas de seguridad privativas de libertad en el artículo 104, en relación con el artículo 99. Además, la duración de la medida de seguridad no puede ser superior a la de la pena impuesta. Las medidas no privativas de libertad se encuentran en el artículo 105.

Es conveniente realizar la distinción entre los conceptos de pena y medida de seguridad. La pena se concibe como un castigo basado en la culpabilidad del sujeto que ha cometido un delito, y la medida de seguridad, en cambio, se basa en la peligrosidad del sujeto, entendida como la probabilidad de que el sujeto vuelva a cometer un delito⁵⁷.

A consecuencia de la peligrosidad criminal del sujeto, el Estado cuenta con la capacidad de privar al sujeto de libertad, para asegurar que no volverá a cometer un delito; esto es, la medida de seguridad busca la prevención especial. Aunque como he mencionado, la medida de seguridad no tiene la misma finalidad que la pena, ya que la medida no se impone con la intención de castigar al sujeto por la comisión de un delito, sino con la finalidad de prevenir la comisión de futuros delitos, por lo tanto, podemos decir que tiene una finalidad preventiva y no retributiva⁵⁸.

El CP también se refiere a ello. Concretamente el artículo 6 recoge que la medida de seguridad no se fundamenta en la culpabilidad del mismo, sino sobre la peligrosidad criminal del sujeto, exteriorizada con la comisión de un delito. Además, la medida de

⁵⁷ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal Parte General*. cit. pág. 633

⁵⁸ Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. pág. 525

seguridad tiene que ser proporcional al nivel de peligrosidad del sujeto en cuestión, y no podrá resultar más perjudicial que la pena recogida en el CP para el delito en cuestión.

Como se puede observar, el derecho penal español no se basa en la “peligrosidad predelictual”, sino en la “peligrosidad postdelictual”; esto es, a la hora de imponer una determinada medida de seguridad, se basa en la probabilidad que existe de que un sujeto que ya ha realizado un determinado hecho delictivo, vuelva a delinquir en el futuro⁵⁹. Además, el hecho de aplicar las medidas de seguridad, basadas en la “peligrosidad predelictual”, vulneraría la presunción de inocencia de los sujetos y, al igual que ocurre con las penas, el ordenamiento debe otorgar una serie de garantías ya que se trata de una actuación coactiva del Estado, que limita algunos de los derechos fundamentales de las personas⁶⁰.

Como acabo de mencionar, la peligrosidad del sujeto se basa en la probabilidad de que el mismo pueda volver a cometer un delito; esto se valora mediante los informes de los peritos, aunque hay que tener en cuenta que es muy complicado conocer exactamente el nivel de peligrosidad del sujeto, por lo tanto, los informes se basan en juicios de probabilidad⁶¹.

La medida de seguridad puede consistir en la privación de libertad del sujeto, cuando el juez o tribunal lo estima necesario según el pronóstico realizado por los peritos, por lo que el sujeto podrá ser internado en un centro psiquiátrico, de deshabitación o educativo especial⁶².

El principio de proporcionalidad también entra en juego en lo que respecta a las medidas de seguridad privativas de libertad, pues la medida de seguridad no puede resultar más gravosa, ni de mayor duración que la pena correspondiente por la comisión del hecho delictivo y en cuanto desaparezca la peligrosidad del sujeto en cuestión, tendrá que cesar la medida de seguridad, ya que su finalidad habrá sido satisfecha⁶³

⁵⁹ Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. págs. 526-527

⁶⁰ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*. cit. pág. 634

⁶¹ Tirant on line. La imputabilidad. *Teoría jurídica del delito y de la pena*. cit.

⁶² Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. págs. 525-527

⁶³ Muñoz Conde, F., García Arán, M. *Derecho Penal, Parte General*. cit. pág. 637

5. SISTEMA PENITENCIARIO

5.1. Marco jurídico

La competencia para administrar la política penitenciaria corresponde al Ministerio del Interior y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias es quien lo lleva a cabo. Esta competencia puede ser transferida a las Comunidades Autónomas, aunque ambas administraciones deberán respetar la misma legislación. Actualmente, Cataluña es la única Comunidad Autónoma que ha asumido esta competencia⁶⁴.

El sistema penitenciario se encuentra regulado por diversas normas del ordenamiento, entre ellas las más importantes son la Constitución Española de 1978 (en adelante CE), la Ley Orgánica General Penitenciaria⁶⁵ (en adelante LOGP), el Reglamento Penitenciario que se encarga de desarrollar la LOGP, de acuerdo con el CP, concretamente el RD 190/1996⁶⁶, de 9 de febrero. El ordenamiento español cuenta con otras leyes, las cuales se encargan de regular aspectos específicos del sistema penitenciario, como puede ser el trabajo en beneficio de la sociedad. El RD 840/2011, que regula la ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de la localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas⁶⁷.

También es necesario mencionar que España debe seguir las recomendaciones establecidas por organizaciones internacionales⁶⁸.

El artículo 25.2 de la CE dispone que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no

⁶⁴ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. Madrid. (NIPO: 126-11-088-5). Pág. 16

⁶⁵ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, *General Penitenciaria* (BOE núm. 239, de 05/10/1979)(BOE-A-1979-23708)

⁶⁶ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, *por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario* (BOE núm. 40, de 15/02/1996) (BOE-A-1996-3307)

⁶⁷ Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, *por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas*. (BOE núm. 145, de 18 de junio de 2011, páginas 62933 a 62941) (BOE-A-2011-10598)

⁶⁸ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. cit. pág. 12

podrán consistir en trabajos forzados”. La LOGP en su primer artículo viene a desarrollar lo establecido en el artículo 25.2 CE, estableciendo que “las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados”.

5.2 Finalidad perseguida: Rehabilitación y reinserción

En un principio, el sistema penitenciario solamente se ocupaba de garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces y tribunales, asegurando la custodia y asegurando la integridad de los reos; hoy en día, a consecuencia de los fines establecidos en la CE y en la LOGP, el sistema penitenciario tiene que orientar estas funciones a la reinserción y rehabilitación de los reos⁶⁹.

Para llevar a cabo la rehabilitación y la reinserción de los reos, el sistema penitenciario cuenta con un personal muy variado, formado por distintas categorías y cuerpos de profesionales, como puede ser el personal especializado en derecho penal, psicología, medicina, trabajo social, vigilancia, educación, entre otros⁷⁰. También cuenta con distintas clases de intervenciones y programas de tratamiento acordes a las necesidades de los sujetos. De estos programas, intervenciones y profesionales dependen en gran medida el éxito de la finalidad perseguida⁷¹.

Por ello, además de los servicios de las prisiones, el sistema penitenciario cuenta con otros centros especializados para aquellos sujetos a los que se les aplique una medida de seguridad privativa de libertad, como pueden ser los centros psiquiátricos, los centros de deshabitación o el internamiento en centros educativos especiales.

⁶⁹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. cit. pág. 15

⁷⁰ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. pág. 19

⁷¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Gobierno de España, *La administración penitenciaria*.
(<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/finPrincipios.html>)

6. CONSECUENCIAS JURÍDICO-PENALES APLICABLES A LOS DELINCUENTES DROGODEPENDIENTES

6.1. Introducción

Durante muchos años, la drogodependencia ha preocupado a la comunidad internacional. La mayoría de los países han sufrido el problema de la drogodependencia entre sus habitantes, por lo que, a lo largo de la segunda parte del siglo XX, las distintas organizaciones internacionales fueron dando recomendaciones a los Estados para conseguir frenar este problema. Para ello, recomendaban aplicar medidas de tratamiento para los delincuentes drogodependientes, pudiendo ser las mismas una alternativa a la pena de prisión o como complemento a esta última⁷².

En la misma línea, la Unión Europea también estableció una serie de directrices para los Estados miembros en materia de lucha contra la droga. Por un lado, estableció la necesidad de otorgar un tratamiento específico para los delincuentes drogodependientes de forma alternativa a la prisión. Por otro lado, solicitó a los Estados miembros la aplicación de servicios terapéuticos para los presos toxicómanos⁷³.

La necesidad de tratamiento terapéutico del drogodependiente se basa en una concepción político criminal. Según esta, el drogodependiente es una persona enferma, por ello, el cumplimiento de una pena privativa de libertad no ayudará a tratar y solucionar el problema que sufre el delincuente. Con un correcto tratamiento, con las distintas medidas terapéuticas con las que cuenta el Estado, el sujeto podrá curarse, lo que resulta más beneficioso tanto para el propio sujeto, como para la sociedad. Para apoyar esta idea, la doctrina compara los sujetos drogodependientes con aquellos que sufren enfermedades mentales. Esto es, cuando un sujeto que sufre una enfermedad mental comete un delito, resulta más beneficioso ofrecer una medida de seguridad adecuada para la situación del propio sujeto, por lo que lo mismo debe ocurrir con los delincuentes drogodependientes, para ello el CP en el artículo 80. 5º ha introducido la posibilidad de suspender la condena

⁷² Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. UNED. 2014. núm. 11. págs. 221-222

⁷³ Comisión Europea. *Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2000-2004)* (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:l33092>)

a los sujetos que actúan a consecuencia de su grave adicción, que más adelante explicaré con mayor atención⁷⁴.

La preocupación por los drogodependientes y la necesidad de una política criminal encaminada a la deshabituación del delincuente, ha surgido por la realidad que vivimos, ya que entre el 30-50% de los drogodependientes ha cometido algún delito para obtener la sustancia⁷⁵.

Esta concepción ha recibido diversas críticas. Entre ellas la más apoyada ha sido la que entiende que la situación de drogodependencia puede resultar beneficiosa para los delincuentes, ya que un delincuente drogodependiente podrá liberarse de la obligación de cumplir la pena en una prisión, siempre y cuando se ofrezca voluntariamente a someterse a un tratamiento de deshabituación en un centro especializado para ello. Por lo tanto, la crítica se refiere a que los sujetos, en lugar de dejar a un lado el consumo de drogas, lo utilizarían para evitar la entrada en prisión, porque, como antes he mencionado, las consecuencias penales pueden resultar más beneficiosas, al evitar la entrada en prisión del delincuente drogodependiente⁷⁶.

6.2. Centro de deshabituación

6.2.1. Internamiento como medida de seguridad

El artículo 102.1 CP establece que a los sujetos declarados exentos de responsabilidad conforme al artículo 20. 2º CP, si fuere necesario, se les podrá aplicar la “medida de internamiento en centro de deshabituación público o privado, debidamente acreditado u homologado”. Aunque expresamente no se mencione, los centros de deshabituación también se encuentran recogidos en el artículo 11 de la LOGP.

El artículo 104.1º CP también recoge la posibilidad de aplicar una medida de seguridad, consistente en el internamiento en un centro de deshabituación, para los sujetos

⁷⁴ Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. cit. págs. 224-225

⁷⁵ Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. págs. 514

⁷⁶ Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. cit. págs. 225-226

semiimputables conforme al artículo 21. 1º CP. La aplicación de la medida de seguridad a los semiimputables por lo que respecta a la proporcionalidad, se ve condicionada a las mismas exigencias que en el caso de los inimputables. Como antes he mencionado, en caso de concurrencia entre una pena y una medida de seguridad, el Juez o Tribunal deberá de aplicar la segunda, por entenderse esta más adecuada.

Someterse al tratamiento de deshabitación como alternativa a la prisión, debe entenderse como una medida para ayudar al sujeto que ha cometido un delito a consecuencia de su situación de dependencia o estado de intoxicación, para superar así esta situación y tratar de no volver a delinquir en el futuro.

6.2.2. *Sistema vicarial*

Cuando el sujeto es declarado inimputable, la medida de seguridad se impone como una alternativa a la pena, pues esta última no se puede imponer por faltar la culpabilidad; por lo tanto, se impone atendiendo a la peligrosidad criminal del sujeto. Si en cambio el sujeto es considerado semiimputable, la medida de seguridad se considera sustitutoria a la pena, por entenderse más adecuada para cumplir con las finalidades que persigue el sistema penitenciario, concretamente la finalidad rehabilitadora del sujeto. En un principio, la medida de seguridad de internamiento en un centro de deshabitación no estaba prevista para los sujetos a los que se les aplicaba la atenuante del artículo 21.2º CP: esto es, a los que cometen delitos a consecuencia de su grave adicción; pero la jurisprudencia ha admitido la aplicación de la medida de seguridad regulada en el artículo 104 CP para aquellos que actúan de forma ilícita a consecuencia de su grave adicción y sean peligrosos⁷⁷.

En aquellos supuestos en los que se decida imponer al sujeto una medida de seguridad, concretamente el internamiento en un centro de deshabitación, una vez cumplido con el objetivo que se persigue, esto es, terminar con la adicción que sufre el sujeto, puede ocurrir que el sujeto se rehabilite en un periodo de tiempo inferior al que

⁷⁷ Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. cit. pág. 227-230

haya decretado el Juez o Tribunal en la sentencia. Si esto ocurre, serán los mismos órganos jurisdiccionales los que decidan sobre la suspensión del resto de la pena⁷⁸.

6.2.3. *Suspensión de la pena*

El drogodependiente goza de un régimen de atenuación especial, en el artículo 21.2 CP.

Además, la ley contempla un régimen especial de suspensión de la pena para los drogodependientes. Para que la suspensión de la pena pueda llegar a ocurrir, se exige el cumplimiento de una serie de requisitos. Estos han ido cambiando a lo largo del tiempo, convirtiéndose en más flexibles y posibilitando el uso de la suspensión de la pena a la mayor parte de los delincuentes drogodependientes, incluyendo entre estos a los alcohólicos. En un principio, para hacer uso de este beneficio se exigía que el delincuente no hubiese cometido un delito castigado con una pena de prisión superior a los dos años, lo cual era complicado, al aumentarse a su vez, las penas correspondientes a los delitos más frecuentemente cometidos por los drogodependientes; no haber reincidido; no haber hecho uso anteriormente de este beneficio y; alcanzar la deshabituación total⁷⁹.

El artículo 80 es el que establece las condiciones a cumplir para poder suspender la ejecución de la pena. Actualmente, el límite máximo de las penas para poder ser suspendidas se encuentra en los 2 años y el reo debe haber delinquido por primera vez. Pero, el número 5º de dicho artículo se refiere a la suspensión de la pena de los sujetos que han cometido el delito a consecuencia de su grave adicción, otorgando la posibilidad de suspender la pena en aquellos supuestos en los que no se cumplan los requisitos exigidos para ello, y siempre que la pena no sea superior a los 5 años. El hecho de que el sujeto sea reincidente, otorgará la facultad al Juez o Tribunal de decidir sobre la concesión de la suspensión de la pena o no. Y, por último, se exigirá como requisito para gozar de este beneficio que el sujeto se encuentre en un centro de deshabituación sometido a tratamiento o haberse ya sometido al mismo con un resultado favorable. También se concede la posibilidad de otorgar el beneficio cuando el sujeto aún no se encuentra

⁷⁸ Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. cit. págs. 236-237

⁷⁹ Muñoz Sánchez, J., *Ibidem*. págs. 236

sometido al tratamiento, porque las condiciones no lo permiten, siempre que muestre voluntad por someterse a tratamiento en cuanto sea posible⁸⁰.

En este supuesto, el plazo de suspensión de la pena será de entre 3 y 5 años, tal y como viene recogido en el segundo párrafo del artículo 81 CP. Aunque el Juez o Tribunal podrá condicionar la suspensión de la pena al cumplimiento de diversas condiciones, como, por ejemplo, la obligación de participar en programas o tratamientos de deshabituación se encuentra regulado en el artículo 83.7 ° del CP. Cuando el sujeto sea condenado por un delito cometido durante la suspensión de la pena o no cumpla con la obligación impuesta por el órgano judicial competente, el artículo 86.1 ° establece que la suspensión de la pena podrá ser revocada.

Cuando el sujeto ya se encuentre rehabilitado, se considerará condición para poder suspender la pena que el mismo no cometa más delitos. Si, en cambio, el sujeto se encuentra sometido a tratamiento terapéutico, lo que se le exigirá será que no abandone definitivamente el tratamiento. En este sentido se ha tenido que realizar una interpretación amplia, ya que en la mayoría de supuestos es habitual que el sujeto abandone el tratamiento temporalmente o que tenga alguna recaída, por lo que solamente se exige que no abandone el tratamiento definitivamente⁸¹.

El RD 840/2011, de 17 de junio⁸² se refiere a la suspensión de la ejecución de las penas, concretamente en el capítulo IV. El artículo 15 establece que serán los servicios de gestión de penas y medidas alternativas los que realicen los estudios y planes necesarios para conceder el beneficio; para ello tendrán que elaborar un plan de intervención y seguimiento individual, que será comunicado al órgano jurisdiccional competente para que lo lleve a cabo. El artículo 16 establece que, cuando se decida otorgar el servicio al sujeto, los servicios de gestión de penas y medidas alternativas remitirán el plan al centro o servicio correspondiente en el que el sujeto vaya a llevar a cabo el

⁸⁰ Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. cit. págs. 238-242

⁸¹ Muñoz Sánchez, J., *Ibidem*. págs. 242-246

⁸² Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, *por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas.* («BOE» núm. 145, de 18 de junio de 2011, páginas 62933 a 62941) (BOE-A-2011-10598)

tratamiento o programa. Por último, el artículo 18 establece que los servicios de gestión de penas y medidas alternativas deberán informar a los órganos jurisdiccionales sobre la evolución del condenado; esto tendrán que realizarlo cada 3 meses.

También cabe suspender la ejecución de las sanciones administrativas relacionadas con el consumo de drogas y la dependencia a las mismas, cuando el sujeto se encuentre sometido a un tratamiento de deshabituación, aunque esto se encuentra regulado en el RD 1079/1993, de 2 de julio⁸³.

6.3. Tratamiento en prisión

En el marco penitenciario, la legislación permite el tratamiento de deshabituación a los drogodependientes internos, bien porque el Juez o Tribunal no haya reconocido tal situación o bien porque no se haya llegado a aplicar una medida alternativa. por no haber cumplido con los requisitos exigidos o porque no se haya considerado necesaria. El tratamiento puede aplicarse en la propia prisión o en el exterior, dependiendo de las circunstancias del penado. Esta posibilidad se otorga por las mismas razones, concretamente por la prevención⁸⁴.

Como acabo de mencionar, la LOGP prevé la posibilidad de tratamiento terapéutico para los drogodependientes que se encuentran cumpliendo condena en prisión. Para ello, el artículo 37. b) establece que todos los establecimientos penitenciarios estarán dotados de “una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos”.

El Reglamento también hace referencia a estos servicios, refiriéndose el artículo 116 al derecho de los delincuentes drogodependientes a tener la posibilidad de seguir o iniciar programas de tratamiento o deshabituación, por lo que todos los centros penitenciarios deberán contar con los instrumentos y personal necesario para llevarlo a cabo, atendiendo a las necesidades de cada sujeto. Este derecho también podrá llevarse a

⁸³ Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas. (BOE núm. 172, de 20 de julio de 1993, páginas 22088 a 22089) (BOE-A-1993-18951)

⁸⁴Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. cit. págs. 247-248

cabo en establecimientos extra penitenciarios dependiendo de la situación del condenado. Por ello, el artículo 117 establece que los reclusos clasificados en segundo grado, que presenten un perfil de baja peligrosidad y que no ofrezcan riesgos para el quebrantamiento de condena, podrán acudir a un centro que se encuentre en el exterior para recibir tratamiento.

El artículo 182 del mismo Reglamento también prevé la posibilidad de obtener el tratamiento en una institución extra penitenciaria cuando el sujeto se encuentre clasificado en tercer grado y se entienda que es lo más adecuado para su rehabilitación. Para ello deberán de cumplirse una serie de condiciones:

- En primer lugar, se exige que el programa de deshabitación esté autorizado por la institución que llevará a cabo el tratamiento.
- En segundo lugar, será necesario el consentimiento y compromiso expreso del interno.
- Por último, se establece que el programa llevado a cabo deberá de contener los controles exigidos en el Centro penitenciario.

La legislación penal cuenta con otra opción para aquellos condenados drogodependientes que tengan el derecho de beneficiarse de la figura de la libertad condicional. Las condiciones para disfrutar de la libertad condicional se encuentran recogidas en el artículo 83 CP y concretamente, el apartado 7º prevé la posibilidad de establecer como obligación al drogodependiente, “participar en programas de deshabitación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos”.

Por lo tanto, en aquellos supuestos en los que el drogodependiente se encuentre cumpliendo condena en prisión y recibiendo tratamiento en el mismo centro, una vez llegado el momento a partir del cual puede disfrutar de la libertad condicional, si se estima que el seguimiento del tratamiento en un centro externo sea más adecuado, se le podrá imponer la obligación mencionada.

6.4. Objetivos

Como antes he aludido el sistema penitenciario tiene como finalidad la reeducación y reinserción social; para ello cuenta con distintos programas para los drogodependientes penados, algunos de ellos con objetivos generales y otros con objetivos específicos.

Algunos de los objetivos generales que persiguen los programas consisten en evitar el inicio del consumo o animar a los que han comenzado a desarrollar una dependencia a recibir tratamiento; otros posibilitan la continuidad de un tratamiento terapéutico cuando ya ha sido iniciado antes de la entrada en prisión, así como otorgan la posibilidad de recibir tratamiento en centros no penitenciarios según lo dispuesto en el artículo 182 del Reglamento Penitenciario.

Los objetivos específicos, en cambio, tienen una naturaleza preventiva, traduciéndose en programas de prevención y de educación para la salud, para prevenir los posibles daños que pueda llegar a ocasionar entre los drogodependientes el consumo de sustancias en prisión, así como la asistencia a los reclusos drogodependientes u otorgar los recursos y habilidades necesarias para su reinserción social⁸⁵.

Para llevar a cabo los distintos programas de intervención, el Sistema Penitenciario trabaja con equipos multidisciplinares, instituciones y ONGs. Por lo que respecta a la asistencia extra penitenciaria, en el País Vasco contamos con distintas ONGs y entidades que colaboran con las prisiones, AGIPAD, CRUZ ROJA (Guipúzcoa), BIDESARI, LUR GIZEN (Álava), y PROYECTO HOMBRE en ambas provincias⁸⁶.

El informe realizado por Proyecto Hombre en el año 2018 recoge los datos obtenidos por un estudio realizado a 2.606 usuarios, de los cuales un 5,8 % inició el tratamiento terapéutico por la aplicación de alguna medida judicial, alternativa al ingreso en prisión, y el 4,2 % inició el tratamiento cuando se encontraban en situación de libertad

⁸⁵ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Informe general penitenciario 2018*. cit. págs. 251-253

⁸⁶ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. págs. 254-256

condicional. Por otro lado, el 19,1 % de los usuarios contaba con causas judiciales pendientes al momento de iniciar el tratamiento⁸⁷.

7. CONSECUENCIAS JURÍDICO-PENALES APLICABLES A LOS DELINCUENTES QUE PADECEN ANOMALÍAS O ALTERACIONES PSÍQUICAS

7.1. Introducción

La drogodependencia se encuentra estrechamente relacionada con la salud mental. En muchas ocasiones, el abuso de drogas, así como su consumo sin llegar a ser abusivo, durante un periodo de tiempo medianamente largo, puede ocasionar distintos trastornos mentales en los sujetos. En otros supuestos, sin haber consumido tales sustancias, los sujetos pueden presentar distintos trastornos o patologías mentales, que disminuyan o hagan desaparecer la culpabilidad⁸⁸.

Como hemos podido observar, a lo largo del tiempo, las consecuencias jurídicas aplicables a los sujetos que han actuado de forma contraria a derecho a consecuencia de su grave adicción o del síndrome de abstinencia o en un estado de intoxicación plena se han ido volviendo más flexibles, otorgando las medidas y tratamientos necesarios para su rehabilitación y su posterior reinserción en la sociedad. Es cierto que para ello, los distintos Estados han tenido que modificar sus ordenamientos, así como los Sistemas Penitenciarios, otorgando como acabo de mencionar mejores servicios para sus reclusos y así prevenir la comisión de futuros delitos.

Por lo que respecta a la drogodependencia en las instituciones penitenciarias, la gran parte de los Estados miembros de la Unión Europea han avanzado en el mismo sentido, persiguiendo las mismas finalidades y estructurando un sistema bastante homogéneo. Pero en el ámbito de la salud mental, los modelos asistenciales con los que

⁸⁷ Observatorio proyecto hombre. *Informe 2018*. págs. 40-41

⁸⁸ Barrios, Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. “*Revista criminológica*”. Vol. 57. 2015. pág. 50

cuentan los distintos establecimientos penitenciarios europeos son bastante heterogéneos⁸⁹.

El Consejo de Europa ha emitido distintas recomendaciones a tener en cuenta por los Estados miembros en materia de enfermedades mentales en el ámbito penitenciario. La recomendación sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, de 22 de septiembre de 2004⁹⁰ establece que, las personas afectadas por una enfermedad mental no podrán ser objeto de discriminación por su condición, los sujetos recluidos en un centro deberán tener derecho a beneficiarse de las adecuadas opciones terapéuticas y que un sistema independiente deberá encargarse de supervisar que efectivamente se esté otorgando el correcto tratamiento y cuidado en estos establecimientos penitenciarios, entre otras cosas.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros destinados a sujetos diagnosticados con trastornos mentales a los que se les aplica una medida de seguridad por el delito cometido. A diferencia de los establecimientos penitenciarios ordinarios, en estos hospitales psiquiátricos no se aplica el sistema de clasificación de grados, ya que la finalidad que persiguen consiste en la reeducación y disminución de su grado de peligrosidad⁹¹.

Por lo que respecta a la finalidad y función de la medida de internamiento en un centro adecuado para estos sujetos, hay que tener en cuenta dos aspectos: por un lado, la protección del propio sujeto, el cual puede controlar los impulsos ocasionados por el trastorno mental a través del correspondiente tratamiento y para poder llevar a cabo una vida normal. Esto no solamente es adecuado para el sujeto, sino que otorga beneficios a la sociedad en general. El segundo aspecto es este último, la sociedad: mediante la aplicación de la medida de seguridad, se consigue salvaguardar los riesgos que genera una persona considerada peligrosa, evitando así la futura comisión de futuros delitos⁹².

⁸⁹ Barrios, Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. cit. pág. 50

⁹⁰ Consejo de Europa. Recomendación Rec. (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental (https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc0c1)

⁹¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. cit. pág. 26

⁹² Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 20ª) Sentencia núm. 5/2016 de 16 diciembre. (ARP 2020\578)

7.2. Regulación

El artículo 101.1º CP prevé la posibilidad de aplicar, en caso de que fuese necesaria, “la medida de internamiento para tratamiento médico o de educación especial en un establecimiento adecuado para el tipo de anomalía o alteración psíquica” que padece el sujeto declarado exento de responsabilidad conforme al artículo 20.1º CP.

Como antes he mencionado, para poder aplicarse una medida de seguridad, el artículo 95.1º CP exige la concurrencia de dos requisitos: que el sujeto haya cometido un delito, y que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse que existe la posibilidad de que vuelva a cometer un delito en el futuro.

El CP no concreta si se exige que el internamiento sea en un centro psiquiátrico penitenciario o basta con que sea en un centro psiquiátrico hospitalario. El RD 840/2011 en el artículo 20, se limita a establecer que “las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes”. Pero el artículo 7.c) de la LOGP prevé la existencia de “establecimientos penitenciarios especiales”. El artículo 11.b) de la misma ley establece que los centros psiquiátricos se consideran establecimientos especiales y en ellos prevalece el carácter asistencial.

El capítulo VII del título VII del Reglamento Penitenciario se refiere al internamiento en un establecimiento o unidad de psiquiatría penitenciaria, prevista para el cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad impuesta por el Juez o Tribunal correspondiente.

El artículo 184 del Reglamento concreta en qué tres supuestos se admite la opción de internar a un sujeto en un establecimiento o unidad de psiquiatría penitenciaria:

“a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

b) 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.

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”.

También puede ocurrir que, tras dictarse la sentencia e imponer una pena de prisión al sujeto, se aprecie la existencia de un “trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena”. El artículo 60 del CP establece que el Juez de Vigilancia Penitenciaria tendrá que suspender la ejecución de la pena privativa de libertad que le haya sido impuesta para poder otorgarle la asistencia médica necesaria y, cuando sea necesario, podrá aplicarle una medida de seguridad privativa de libertad que le sea adecuada. En la mayoría de los supuestos esta medida consistirá en el internamiento del sujeto en un establecimiento o unidad de psiquiatría penitenciaria.

Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias, tal y como establece el artículo 185 del Reglamento, deberán contar con un Equipo multidisciplinar para poder atender a los pacientes, formado necesariamente por psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales; así como con profesionales y personal auxiliar para la ejecución de los distintos programas de rehabilitación que se llevarán a cabo.

El Equipo encargado de atender al delincuente deberá presentar al Juez de Vigilancia Penitenciaria competente un informe en el que se recoja el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento otorgado. En el mismo deberá referirse a la necesidad de seguir adelante, cesar o sustituir el tratamiento en la Unidad o Establecimiento de psiquiatría, tal y como lo establece el artículo 186.2º CP. Por otro lado, según el artículo 187, el internamiento de estos sujetos requiere la remisión de un informe, como mínimo cada 6 meses, realizado por el equipo multidisciplinar para conocer la situación en la que se encuentra el internado. Ambos informes deberán remitirse tanto al órgano judicial competente, como al Ministerio Fiscal.

El artículo 188 del Reglamento regula el régimen que deberán seguir los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas. Atendiendo a la situación y necesidades de los sujetos se asignará un departamento del Establecimiento o Unidad. Las restricciones relativas a la libertad del mismo también se aplicarán en función de las características que presente el sujeto; aunque hay que tener en cuenta que solamente se podrá recurrir a las medidas de manera excepcional, siempre con la obligación de comunicarlas a la autoridad judicial competente.

Para facilitar la rehabilitación y la inserción en la sociedad, el artículo 189 del Reglamento establece que se realizará un programa de actividades rehabilitadoras para la vuelta a la vida normal de los usuarios y, atendiendo a las características que presente cada uno de ellos, se desarrollará un programa individualizado. Las relaciones con el exterior se fijarán a través de estos programas individuales; En ellos se establecerán las condiciones en las que tendrán lugar estas comunicaciones con el exterior, fijando así el número de visitas y las condiciones en las que ocurrirán las mismas, como puede ser la duración, la cantidad de visitas, etc.

Para cumplir con todo lo referido hasta el momento y otorgar el tratamiento adecuado a estos sujetos, el Reglamento también se encarga de establecer los criterios de localización y diseño de los establecimientos penitenciarios en el artículo 191. En el primer apartado se establece que para poder decidir sobre la ubicación y diseño de estas instalaciones, se tendrán en cuenta unos factores; entre ellos, la Administración Penitenciaria procurará distribuir territorialmente estas instalaciones para facilitar la rehabilitación de los sujetos manteniendo la cercanía con su entorno familiar.

7.3. Establecimientos psiquiátricos penitenciarios y Unidades de psiquiatría penitenciaria

Actualmente el Sistema Penitenciario Español cuenta con dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios: uno de ellos en Sevilla, con un total de 74 celdas, y otro en

Alicante, con un total de 324 celdas. A esto hay que añadir que el primero cuenta con 3 celdas complementarias y el segundo cuenta con 51⁹³.

Las unidades de psiquiatría están previstas en el Reglamento Penitenciario y se ubican en centros penitenciarios ordinarios, pero, a día de hoy, no son suficientes; Cataluña cuenta con una Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en el centro de Can Brians⁹⁴. En el caso del País Vasco, la Unidad de Psiquiatría Legal en el hospital Aita Menni, aunque no forma parte de un centro penitenciario, cumple con las características para custodiar a aquellos sujetos a los que se les aplique una medida de seguridad, ya que forma parte de un hospital psiquiátrico⁹⁵.

Estos dos establecimientos penitenciarios resultan insuficientes ante las necesidades actuales en el Estado Español; aunque aún no alcancen niveles de sobrepoblación preocupantes, en muchas ocasiones, los sujetos que presentan trastornos o enfermedades mentales más leves terminan siendo ingresados en establecimientos penitenciarios ordinarios. Estos sujetos también pueden ser internados en hospitales psiquiátricos ordinarios, aunque en estos centros es complicado garantizar unas medidas de seguridad adecuadas⁹⁶

El problema principal radica en la falta de reparto territorial. Parte del tratamiento consiste en mantener al paciente cerca de su entorno familiar; para ello se requiere la existencia de más establecimiento o unidades de psiquiatría penitenciaria repartidos por el territorio español. Y en el caso de las mujeres, este problema es aún mayor: el único establecimiento de estas características que cuenta con un departamento para mujeres es el centro de Alicante⁹⁷.

⁹³ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *"La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia*. 2018. Madrid. pág. 54

(<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/ficha.html?ep=0079>)

⁹⁴ Barrios, Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. cit. pág. 49

⁹⁵ Hermanas Hospitalarias Aita Menni

(<https://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>)

⁹⁶ Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. cit. pág. 531

⁹⁷ Barrios Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. cit. pág. 55

Los establecimientos psiquiátricos penitenciarios se ven afectados por dos problemas internos principales:

- El primero consiste en la falta de un estatuto jurídico propio. Esto es, para la LOGP estos establecimientos se consideran centros especiales, por lo que deberían tener su propia normativa. La estructura y personal que forma parte de estos establecimientos es muy parecido al de un centro penitenciario ordinario; por ejemplo, por lo que respecta al personal directivo, lo conveniente sería que del mismo formase parte al menos un psiquiatra, cosa que no suele ocurrir⁹⁸.
- El segundo problema consiste en la insuficiencia de personal profesional de los establecimientos psiquiátricos penitenciario de Sevilla y Alicante. El establecimiento de Alicante se ha llegado a encontrar en la situación de que el centro cuente con 1 psiquiatra por cada 100 enfermos. Actualmente, estos centros no cuentan con los suficientes psiquiatras para garantizar que, durante las 24 horas del día, todos los días del año, el Centro va a contar con un psiquiatra, lo cual resulta muy necesario en establecimientos con estas características⁹⁹.

7.3. Unidad de psiquiatría legal del Hospital Aita Menni

La Unidad de Psiquiatría Legal (UPL en adelante), situada en el Hospital Aita Menni de Arrasate, se inauguró en noviembre de 2013. Para ello, el Hospital Aita Menni, la Audiencia Provincial de Guipúzcoa y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco llegaron a un acuerdo, para poner en funcionamiento la Unidad con las medidas necesarias¹⁰⁰.

La autoridad judicial competente, tras determinar la existencia una patología psiquiátrica en el sujeto y que el mismo no es susceptible de cumplir una pena, dictamina el ingreso en esta Unidad para el cumplimiento de una medida de seguridad. En el

⁹⁸ Barrios Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. cit. pág. 55

⁹⁹ Barrios Flores, L.F., *Ibidem*. pág. 58

¹⁰⁰ Hermanas Hospitalarias Aita Menni (<https://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>)

momento en que el sujeto se encuentre interno, cualquier gestión que sea necesaria deberá contar con la aprobación del órgano judicial¹⁰¹.

Es el primer centro sanitario a nivel español que atiende a personas con enfermedades mentales graves, que deben cumplir una medida de seguridad judicial, por haber llevado a cabo un delito a consecuencia de su patología psiquiátrica. Este Hospital se dedica a la atención de “enfermos psiquiátricos, enfermos con daño cerebral y personas mayores dependientes”¹⁰². Tal y como establece el director de esta unidad, “el servicio de psiquiatría cuenta con una orientación totalmente asistencial y al mismo tiempo con unas medidas de seguridad que permitan atender a estos pacientes a pesar de la complejidad de los trastornos que padecen”¹⁰³; las personas que sufren enfermedades mentales en el ámbito de las medidas de seguridad, necesitan una gran atención, al igual que una continua asistencia, por lo que el cumplimiento de la medida de seguridad en esta unidad resulta más beneficioso para el propio sujeto, ya que en muchos establecimientos penitenciarios no puede llegar a garantizarse tal asistencia y atención¹⁰⁴.

Hasta la inauguración de la UPL la mayoría de pacientes eran derivados a establecimientos penitenciarios ordinarios y en pocas ocasiones a Hospitales Penitenciarios, alejándolos de su entorno social; como antes he mencionado, mantenerlos cerca de sus familias es adecuado para su tratamiento. Desde 2013 hasta 2019, 56 pacientes cumplieron la medida de seguridad en este lugar¹⁰⁵.

Esta unidad está orientada para que las personas con enfermedad mental grave puedan cumplir con la medida de seguridad que les haya sido impuesto por los Jueces y Tribunales, mediante sentencia judicial. Es un buen entorno para los pacientes ya que reciben atención psiquiátrica y, para ello, el personal asistencial es completamente sanitario. Pero, a su vez, esta unidad cuenta con estrictas medidas de seguridad, para garantizar la convivencia de los sujetos y evitar posibles fugas o agresiones¹⁰⁶.

¹⁰¹ Madariaga Zamalloa, I. Unidad de psiquiatría legal. *International Journal of Integrated Care, San Sebastian*. 2019.

¹⁰² Hermanas Hospitalarias Aita Menni (<https://www.aita-menni.org/es/noticias/hospital-aita-menni-arrasate-mondragon-7751.html>). pág. 2

¹⁰³ Hermanas Hospitalarias Aita Menni. *Ibidem*. pág. 3

¹⁰⁴ Hermanas Hospitalarias Aita Menni. *Ibidem*. pág. 3

¹⁰⁵ Madariaga Zamalloa, I. Unidad de psiquiatría legal. cit.

¹⁰⁶ Hermanas Hospitalarias Aita Menni (<https://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>)

La UPL cuenta con 882 metros cuadrados y en ellos encontramos despachos para el personal sanitario, dos salones polivalentes, cocina, comedor, patio exterior y capacidad para 20 sujetos, para asegurar el bienestar de los pacientes. Para garantizar la seguridad cuenta con 55 videocámaras capaces de grabar cada esquina de la unidad¹⁰⁷.

El diagnóstico de los internos refleja que la gran mayoría sufre esquizofrenia, en muchos casos unida al consumo de sustancias tóxicas. La opción de conocer cuál es la patología del sujeto, así como contar con el personal sanitario necesario hace que los resultados sean completamente positivos¹⁰⁸.

8. UN CONTRASTE CON LA REALIDAD: DATOS RELEVANTES

La Secretaria general de instituciones penitenciarias periódicamente realiza distintos informes sobre la población reclusa. Por lo que respecta a este trabajo, analizaré los datos sobre los toxicómanos y enfermos mentales recogidos en el informe sobre “La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia”¹⁰⁹.

Para llevar a cabo este estudio se ha distinguido a la población penitenciaria en dos grupos: la población reclusa de Larga Estancia en Prisión (LEP) y la población reclusa de Media Estancia en Prisión (MEP). La primera se encuentra formada por los sujetos castigados con penas de prisión superiores a 10 años; y la segunda se refiere a los sujetos castigados con penas de prisión de entre 3 y 5 años¹¹⁰.

8.1. Toxicómanos

De la investigación se deduce que la población reclusa muestra un alto porcentaje de consumidores de sustancias tóxicas en comparación con la población general, aunque

¹⁰⁷ Hermanas Hospitalarias Aita Menni (<https://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>)

¹⁰⁸ Madariaga Zamalloa, I. Unidad de psiquiatría legal. cit.

¹⁰⁹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. “La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia”. 2018. Madrid. pág. 32

¹¹⁰ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem.* cit. pág. 34

con la entrada en prisión de los delincuentes, el consumo se ha visto disminuido, sobre todo en cocaína y heroína¹¹¹.

El Informe General de 2018 del Centro Penitenciario y C.I.S de Ceuta de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias establece los datos de los delitos más cometidos entre la población drogodependiente reclusa son delitos contra el patrimonio con un 41,4 %, le siguen los delitos contra la salud pública, con un 37,9 %. Lo que implica que el 41 % de los penados cumple una pena de entre 1 y 3 años; el 27,7 % de los reos cumple una pena inferior a 1 año; mientras que en un 15,4 % la pena de entre 4 y 6 años de duración¹¹².

Por lo que respecta a los reclusos de LEP, solamente el 18,6 % no consumía drogas y alcohol. El 37,0 % de los sujetos en cambio, tenía un problema con las drogas, ya que las consumía de forma abusiva. En el caso de los reclusos de MEP, en cambio, el 22,8 % no consumía drogas y alcohol y el 24,6 % de los sujetos consumía drogas de forma abusiva¹¹³. Por lo tanto, podemos observar que la drogodependencia entre los reclusos es un problema verdadero y actual, aunque afecta en mayor medida a los internos con LEP.

Las sustancias más consumidas por lo que respecta a los LEP son la heroína con un 22,2 % y la cocaína con un 23,9 %, mientras que el consumo de ambas sustancias, esto es, lo que sería un sujeto politoxicómano, se sitúa en un 35,0 %. En el caso de los MEP, en cambio, el consumo de estas sustancias es inferior: la cocaína es consumida por un 32,7 % de los reclusos, mientras que la heroína solamente es consumida por el 11,2 %; pero al igual que ocurre en el supuesto de los reclusos de LEP, la politoxicomanía relacionada con el consumo de ambas sustancias presenta un porcentaje mayor, concretamente un 27,6 %¹¹⁴.

Por lo que respecta a la participación en programas de toxicomanía en libertad, el 32,5 % de los reclusos de LEP lo han llevado a cabo; en el caso de los reclusos de MEP,

¹¹¹ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *"La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia"* cit. pág. 95

¹¹² Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. págs. 207-208

¹¹³ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*, pág. 96

¹¹⁴ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. pág. 98

el 36,4 %; aunque hay que mencionar que solamente el 6 % de los sujetos sometidos a programas de desintoxicación en libertad lo finalizó por recibir el alta terapéutica¹¹⁵.

En cambio, el 57,9 % de los reclusos de LEP y el 47,2 % de MEP participó en un programa de desintoxicación en prisión. El 33% de los reclusos de LEP lo realizó en un módulo terapéutico, frente al 21 % de los MEP. El programa de reducción del daño fue llevado a cabo por el 22 % de los LEP y el 21 % de los MEP. El 29% de los sujetos de LEP obtuvo el alta terapéutica, frente al 26,7 % del MEP¹¹⁶. Actualmente el 69,2 % de los LEP y el 75,5 % de los MEP se encuentra en situación de abstinencia actualmente.

La concesión del tercer grado para el ingreso en un centro de deshabitación ha ido disminuyendo con el paso de los años. En el año 2008 alcanzó la mayor cantidad de concesiones otorgadas, con un total de 765 a nivel estatal; pero de ahí en adelante las concesiones han ido disminuyendo, logrando en el año 2014 solamente 97 concesiones. Esto puede deberse a que los centros penitenciarios han ido mejorando sus instalaciones y otorgando mayores servicios para estos sujetos, lo cual puede convertir en innecesaria la concesión del tercer grado, porque como antes he mencionado, en estos supuestos el Juez o Tribunal competente no estimó necesaria la aplicación de una medida de seguridad¹¹⁷.

Por lo que respecta al internamiento en centros de deshabitación y centros educativos especiales regulados en el artículo 182 del Reglamento, esto es, para aquellos sujetos clasificados en tercer grado, en el año 2011 fueron 825 los penados que disfrutaron de este beneficio, pero en el año 2012 la cantidad de sujetos que lo disfrutaron disminuyó hasta los 687 drogodependientes¹¹⁸.

¹¹⁵ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *“La estancia en prisión: consecuencias y reincidencia.* cit. pág. 102

¹¹⁶ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem.* págs. 107-109

¹¹⁷ Nieto Martín, A., Muñoz de Morales Romero, M., Rodríguez Yagüe. C., Alternativas a la prisión: una evaluación sobre su impacto en la población penitenciaria española. *Revista General de Derecho Penal*, 2017, n° 28

¹¹⁸ Nieto Martín, A., Muñoz de Morales Romero, M., Rodríguez Yagüe. C., *Ibidem.*

8.2. Enfermedad mental

Los estudios demuestran que una gran parte de la población penitenciaria sufre trastornos mentales, lo que se convierte en un gran problema en el ámbito penitenciario. Como antes he mencionado, en muchas ocasiones estos trastornos están relacionados con el consumo de sustancias tóxicas y alcohol. Estos estudios demostraron que, de los sujetos que se encontraban en prisión en el año 2011, un 81 % sufría trastornos mentales, siendo los más frecuentes los trastornos por abuso de drogas¹¹⁹.

Analizando las muestras de LEP y MEP antes mencionadas, podemos observar que un 25,1 % de los internos en régimen de larga estancia sufría un trastorno psicopatológico, frente al 18,1 % de los internos en régimen de corta estancia. De entre estos sujetos, el 26 % muestra una patología psiquiátrica en el ámbito de la larga estancia y un 21 % en el de la corta estancia¹²⁰, lo que significa que deberían estar cumpliendo la condena en un centro especializado para su situación. Atendiendo al diagnóstico de la psicopatología, el 17,3 % de los condenados por un tiempo superior a los 10 años, padece psicosis, frente al 7,9 % de los condenados por un periodo inferior a los 5 años. En ambos supuestos, el trastorno de personalidad es la patología más frecuente¹²¹.

Por lo que respecta al tratamiento psiquiátrico en libertad de estos sujetos, del 18 % de los internos MEP con trastorno psicopatológico, solamente el 13 % recibió tratamiento en libertad. En el caso de los LEP en cambio, el 25 % muestra un trastorno psicopatológico, del cual solamente un 14 % recibió tratamiento psiquiátrico en libertad¹²².

Por lo que respecta al Tratamiento Psiquiátrico en Prisión, solamente un 21,5 % de los LEP recibe tratamiento, en su gran mayoría mediante el consumo de ansiolíticos. Por lo que respecta a los reclusos de MEP, solamente el 12,6 % recibe tratamiento en prisión. Hay que mencionar que la mayor parte de la población penitenciaria recogida en

¹¹⁹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *“La estancia en prisión: Consecuencias y Reincidencia”*. cit. pág. 118

¹²⁰ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. pág. 119

¹²¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. pág. 120

¹²² Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. pág. 121

la muestra no lleva a cabo conductas inadaptadas, aunque hay que tener en cuenta que de entre aquellos que las llevan a cabo, casi el 50 % son conductas violentas¹²³.

Como antes he mencionado, parte del tratamiento consiste en mantener el arraigo familiar y social del recluso: en la mayoría de supuestos esta relación se sigue manteniendo, aunque en la mayoría de los casos estas relaciones se tienen que llevar a cabo de forma telefónica o escrita¹²⁴.

9. CONCLUSIONES

1. Es cierto que durante las últimas décadas el tratamiento otorgado por el CP y las consecuencias jurídicas aplicables han avanzado, facilitando así la rehabilitación y reinserción de los sujetos, pero aún queda mucho camino que recorrer.

2. Como hemos podido observar, el problema de la toxicomanía entre la población penitenciaria es evidente, ya que el 37 % de los sujetos de LEP cuenta con una dependencia a las sustancias y alrededor de un 24 % de los sujetos de MEP. También hay que tener en cuenta que la mayor parte de los sujetos son politoxicómanos, lo que aumenta la necesidad de recibir tratamiento para su rehabilitación y reinserción social.

3. Por lo que respecta al ámbito de la drogodependencia, el ordenamiento otorga distintas posibilidades, pero el problema recae en que solamente prevé la aplicación de una medida de seguridad consistente en el internamiento en un centro de deshabitación, a los sujetos declarados inimputables o semiimputables, dejando de lado a aquellos que cometen un delito a consecuencia de su grave adicción a las sustancias o al síndrome de abstinencia provocado por las mismas.

Además, los requisitos exigidos para la aplicación de la eximente completa por intoxicación plena o síndrome de abstinencia hacen que su aplicación no resulte para nada sencilla. Un sujeto, en un estado de intoxicación plena que anule las facultades cognitivas y volitivas del mismo, se encontrará limitado a la hora de llevar a cabo

¹²³ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. “*La estancia en prisión: Consecuencias y Reincidencia*”. cit. págs. 125-126

¹²⁴ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Ibidem*. págs. 130-14

distintas actuaciones: esto es, su estado de intoxicación no le permitirá llevar a cabo conductas que conlleven una determinada concentración o habilidad. La atenuante de grave adicción, en cambio, tiene unos requisitos que casan mejor con la comisión de un delito y con la necesidad de obtener tratamiento. Esta circunstancia puede provocar en el sujeto la necesidad de cometer delitos, en la mayoría de los casos son contra la propiedad o contra la salud, para así conseguir financiación para satisfacer sus necesidades. En muchos casos, estos sujetos sufren una enfermedad, y en la mayoría de los supuestos cometen delitos a consecuencia de la misma, por lo que la aplicación de una medida de seguridad basada en un tratamiento terapéutico para el sujeto puede conseguir que el mismo se rehabilite y no tenga la necesidad de volver a delinquir.

La CE recoge que las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social. Lo que, en mi opinión, convierte en necesaria la posibilidad de aplicar de forma directa una medida de seguridad consistente en el tratamiento en un centro de deshabitación a los sujetos a los que se les aplica la atenuante de grave adicción, realizando una redacción más amplia de los artículos 20.2 y 21.2 CP, o una interpretación jurisprudencial más amplia sobre estos artículos, otorgando la posibilidad de considerar la grave adicción como una circunstancia que considere al sujeto semiimputable, y, así, cuando resulte más favorable para el sujeto, se le podrá aplicar una medida de seguridad, acorde a su situación.

4. Hay que reconocer que la opción recogida en el 5º apartado del artículo 80 del CP supone un avance, estableciendo la posibilidad de suspender la pena al sujeto que se encuentre ya rehabilitado o sometido a tratamiento, condicionando la suspensión a tres requisitos. Pero en mi opinión, la suspensión de la pena no resulta tan efectiva como la aplicación directa de una medida de seguridad cuando esta sea necesaria, si bien es cierto que la suspensión de la pena puede resultar una motivación para el reo de someterse a un tratamiento y así conseguir la rehabilitación.

El hecho de aplicar una medida de seguridad en lugar de una pena u otorgar la posibilidad de suspender la pena, en mi opinión, no resulta peligroso. Es cierto que el sujeto drogodependiente obtiene un tratamiento privilegiado o especial, pero, el mismo artículo 20. 2º CP, exige que el estado de intoxicación no haya sido provocado para cometer el delito y, en el caso de la atenuante del artículo 21. 2º, establece que el delito

tiene que producirse a consecuencia de la grave adicción, por lo que el tipo de delincuencia mayoritariamente cometida por estos sujetos suele ser la “funcional”. Por lo tanto, el riesgo de que los delincuentes utilicen esta circunstancia a la hora de cometer delitos para no cumplir con la pena impuesta en un establecimiento penitenciario es mínimo.

Por lo que respecta a las consecuencias jurídicas aplicables a los sujetos drogodependientes, aunque puedan llegar a resultar insuficientes por el gran número de delincuentes a los que se les debería de aplicar, encontramos una gran variedad de alternativas. Como ya he mencionado, el ordenamiento otorga la posibilidad de aplicar una medida de seguridad consistente en el internamiento en un centro de deshabitación a los sujetos inimputables y semiimputables, pero también prevé distintas alternativas para los sujetos declarados culpables y que deben de cumplir una pena privativa de libertad. Por lo tanto, aunque nuestro sistema penitenciario no cuente con todos los recursos necesarios, las alternativas son muy amplias, otorgando la posibilidad de obtener tratamiento de deshabitación a una gran parte de los sujetos drogodependientes que han cometido delitos. En mi opinión, otorgar un tratamiento de deshabitación ya sea como alternativa a la pena de prisión o en el mismo establecimiento penitenciario, a aquellos sujetos que padecen una adicción a las sustancias tóxicas o bebidas alcohólicas y a consecuencia de la misma ha cometido un delito, resulta la respuesta correcta por parte del Estado. En muchos casos, es este problema el que les incita a cometer delitos, por lo que lo más adecuado tanto para el sujeto, como para la sociedad; solucionando el problema de adicción que incita al sujeto a cometer el delito, evitamos la reincidencia.

5. El ámbito de la anomalía, alteración mental o trastorno mental transitorio, en mi opinión, tiene un correcto tratamiento por parte del CP, realizando una interpretación muy amplia de los supuestos comprendidos en el término anomalía, alteración mental o trastorno mental transitorio. El artículo 21 CP no prevé ninguna atenuante que específicamente se refiera a estos supuestos, pero la vía del apartado 7º otorga la posibilidad de aplicarlo como una atenuante cuando no se den los requisitos exigidos para considerarlo como una circunstancia eximente, ya sea completa o incompleta.

En mi opinión, el problema en este ámbito radica en las consecuencias jurídicas aplicables a los sujetos declarados inimputables o semiimputables, ya que nuestro sistema

penitenciario aún no cuenta con los establecimientos especializados necesarios para poder atender la demanda existente entre la población penitenciaria. En 2004 el Consejo de Europa emitió una recomendación en la que se recogía la necesidad de otorgar las necesarias medidas terapéuticas a los sujetos delincuentes con patologías mentales. Pero la realidad hoy en día es que aún no contamos con los suficientes medios para hacer frente a las necesidades de estos sujetos.

Nuestro ordenamiento admite la posibilidad de que la medida de seguridad se cumpla tanto en un centro penitenciario psiquiátrico, como en un centro psiquiátrico hospitalario. Aunque también se prevé la posibilidad de que la medida se cumpla en una unidad de psiquiatría dentro de un establecimiento penitenciario ordinario. Las opciones sobre los lugares en los que se puede cumplir la medida de seguridad son diversas, pero puede ser que este amplio margen sea necesario por el escaso número de plazas con los que cuentan los establecimientos psiquiátricos penitenciarios en nuestro país.

Teniendo en cuenta que actualmente, en España, solamente encontramos dos centros psiquiátricos penitenciarios, resulta complicado facilitar la rehabilitación a los sujetos manteniendo la cercanía con su entorno familiar, lo que en muchos casos resulta beneficioso para su tratamiento. Por ello, en muchas ocasiones, los sujetos a los que se les aplica la eximente completa del artículo 20.1º o incompleta del artículo 21.1º CP, cumplen la medida de seguridad en estos centros penitenciarios especializados, pero todos aquellos sujetos que padecen una anomalía, alteración psíquica o trastorno mental de menor entidad, tienen que cumplir condena en las prisiones ordinarias, en las que ni se cuenta con los programas, ni con los profesionales necesarios. Nuestro ordenamiento cuenta con la posibilidad de que los sujetos a los que se les diagnostique un trastorno mental en el ámbito penitenciario puedan ser trasladados a centros especializados, pero en muchas ocasiones terminan cumpliendo condena en prisión, salvo en los casos más graves. Por lo tanto, la necesidad de crear Unidades Psiquiátrica Penitenciaria y de Psiquiatría Legal es evidente.

6. La Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni, aun sin ser un establecimiento penitenciario, cuenta con los medios necesarios para garantizar la custodia de los internos. A diferencia de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios y de las unidades penitenciarias, la UPL se encuentra en un centro hospitalario, lo que en

mi opinión resulta más favorable para el sujeto y para su rehabilitación, al contar con los profesionales y servicios adecuados para atender a sus necesidades. Solamente cuenta con capacidad para 20 sujetos, lo que permite la asistencia y atención que los internos reciban sea de mayor calidad, posibilitando un seguimiento más preciso e individualizado que ayude a conseguir la finalidad perseguida; la rehabilitación y reinserción del sujeto.

7. Además, los datos revelados por los informes de Instituciones Penitenciarias, demuestran que efectivamente nos encontramos ante un problema por lo que respecta a la población penitenciaria. En el año 2011 alrededor del 81 % de la población penitenciaria sufría trastornos mentales, entre el 6 y el 8 % de los sujetos se encontraba cumpliendo la pena impuesta en un centro penitenciario ordinario, sin contar con los recursos necesarios para su correcto tratamiento, en vez de encontrarse en un establecimiento especializado en la salud mental. Esto genera una situación de desigualdad entre los sujetos que tienen reconocida esta patología, ya que algunos de ellos cuentan con la posibilidad de obtener tratamiento en un establecimiento especializado, dejando a otros en cambio, en un establecimiento ordinario. Además, en la mayoría de los casos, el tratamiento otorgado por el establecimiento ordinario consiste en el suministro de ansiolíticos, por no contar con el personal y medios sanitarios necesarios.

8. En mi opinión, lo más adecuado para la rehabilitación y reinserción de los sujetos es que los mismos sean internados en Hospitales Psiquiátricos, como es el caso de Aita Menni. Es cierto que el coste del mismo es elevado, si lo comparamos con un establecimiento penitenciario ordinario: la inversión necesaria para las instalaciones y para el mantenimiento de los trabajadores del mismo es grande, el cual a diferencia de los Establecimientos Psiquiátricos Penitenciarios, se encuentra mayormente compuesto por profesionales especializados en el ámbito de la salud. Esto último también resulta en mi opinión un punto a favor de establecimientos como la UPL, ya que en los establecimientos penitenciarios el personal sanitario no suele resultar suficiente para atender a las necesidades de los reos. Pero, no debemos de olvidar que estos sujetos deben obtener un tratamiento adecuado, para así posibilitar la recuperación de los mismos y conseguir la finalidad perseguida, por lo que en mi opinión es una inversión necesaria, ya sea por parte de la CCAA, tal y como sucedió en el caso de Aita Menni, con la colaboración del propio Hospital y de la Audiencia Provincial de Gipuzkoa, o por parte del Gobierno central.

9. Como hemos podido analizar las consecuencias jurídicas aplicables a estos sujetos, a día de hoy no son suficientes, dejando a un gran número de sujetos a un lado y sin opción de recibir la asistencia sanitaria necesaria. Por lo que, como he mencionado antes, en mi opinión resulta necesaria una gran inversión por parte del Gobierno central o de las CCAA, para poder atender a las necesidades de cada sujeto en concreto.

10. Por lo tanto, aunque las consecuencias jurídicas se hayan orientado a la finalidad perseguida por la CE, esto es, a la rehabilitación y reinserción de los sujetos, aún queda camino por recorrer, ya que resultan insuficientes para atender a las necesidades de los mismos. Para ello, en el ámbito de la drogodependencia, como he mencionado, la inclusión de los sujetos que cometen los delitos a consecuencia de una grave adicción al artículo 21.1 CP, considerando esta circunstancia una eximente incompleta, resultaría un gran avance, otorgando así la posibilidad de recibir tratamiento en un centro especializado para su rehabilitación de forma directa, sin tener que cumplir los requisitos exigidos para la suspensión de la pena.

En el ámbito de la salud mental en cambio, lo más adecuado resultaría la creación de Unidades de Psiquiatría Legal en hospitales psiquiátricos de las distintas CCAA, para así otorgar un tratamiento y cuidado adecuado a los sujetos declarados inimputables y semiimputables por razón de una anomalía, alteración mental o trastorno transitorio, manteniendo la cercanía con su entorno habitual. Por otro lado, al crear Unidades de Psiquiatría Legal, las necesidades de los sujetos semiimputables e inimputables quedarían cubiertas, por lo que aquellos sujetos que padezcan una anomalía o alteración de menor entidad y que se encuentren cumpliendo una condena en prisión podrán recibir los cuidados necesarios en el ámbito penitenciario, aunque es cierto que para llevar esto a cabo es necesaria una gran inversión.

Pero en mi opinión, esta inversión a la larga resultaría beneficiosa, ya que en muchas ocasiones son estas circunstancias las que empujan a los sujetos a cometer delitos, por lo que, la posibilidad de llevar a cabo un correcto tratamiento atendiendo a las necesidades de cada uno de ellos, consiguiendo así la rehabilitación y reinserción de los mismos, acabaría con este problema y garantizaría en muchos supuestos la no reincidencia.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alustey, C., Boldova, M.A., Escuchuri, E., Flores, F., Hernández, J.U, Navarro, I., Romeo, C. M^a., Romero, S., Rueda, M. A., Sánchez, F. G., Sola, E., Urruela, A., Vizqueta, J. *Derecho Penal Parte General: Introducción teoría jurídica del delito*, Editorial Comares, Granada, 2013.

Barrios, Flores, L.F., La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. “*Revista criminológica*”. Vol. 57. 2015. págs. 45-60.

De la Cuesta Arzamendi, J.L. Imputabilidad y Nuevo Código Penal, “*El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López*”, Granada, 1999, págs 299-324

García-Pablos de Molina, A. *Introducción al derecho penal, instituciones, fundamentos y tendencias del Derecho Penal*, Volumen I, Editorial centro de estudios Ramón Areces, S.A: Madrid, 2012.

Hermanas Hospitalarias Aita Menni (UPL)

(<https://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>)

La imputabilidad. *Teoría jurídica del delito y de la pena*. Tirant on line. (www.tirantonline.com)

Leganés Gómez, S., Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencia*. 35.(4).531-536.2010. págs. 513-533.

Madariaga Zamalloa, I. Unidad de psiquiatría legal. *International Journal of Integrated Care, San Sebastian*. 2019.

Muñoz Conde, F., García Arán, M., *Manual de Derecho Penal, Parte General*, Tirant blanch, Valencia 2015.

Muñoz Sánchez, J., et al. El tratamiento terapéutico en drogodependientes delincuentes como alternativa a la prisión (I). *boletín criminológico*, 2011, vol. 17.

Muñoz Sánchez, J., El tratamiento terapéutico como alternativa a la prisión en delincuentes drogodependientes. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. UNED. Enero 2014. núm 11. págs. 221-252.

Muñoz Sánchez, J., Responsabilidad Penal del Drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2014, núm 16-03. págs. 03:01-03:27.

Nieto Martín, A., Muñoz de Morales Romero, M., Rodríguez Yagüe. C., Alternativas a la prisión: una evaluación sobre su impacto en la población penitenciaria española. *Revista General de Derecho Penal*, 2017, no 28.

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Observatorio proyecto hombre. *Informe 2018*. (<https://proyctohombre.es/informe-observatorio/>)

Quintero Olivares, G., Morales Prats, F. *Parte General del Derecho Penal*, Thomson Reuters, Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2010

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *El sistema penitenciario Español*. Madrid. (NIPO: 126-11-088-5).

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Informe general penitenciario 2018*. Madrid. (NIPO: 126-15-039-X).

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia*. 2018. Madrid. (NIPO: 126-17-055-0)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Gobierno de España.

(<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/ficha.html?ep=0079>)

11. LEGISLACIÓN

Decreto de 23 de diciembre de 1944, *por el que se aprueba y promulga “Código Penal, texto refundido de 1944”, según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944.* (BOE núm. 13, página 472)

Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, *por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre.* (BOE» núm. 297, de 12 de diciembre de 1973, páginas 24004 a 24018) (BOE-A-1973-1715)

Constitución Española de 1978, (BOE núm. 311, de 29/12/1978) (BOE-A-1978-31229)

Comité de ministros del Consejo de Europa, Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc0c1

Comisión Europea. *Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2000-2004)* (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:133092>)

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, *del Código Penal.* (BOE núm. 281, de 24/11/1995) (BOE-A-1995-25444)

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, *General Penitenciaria.* (BOE núm. 239, de 05/10/1979) (BOE-A-1979-23708)

Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, *por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de la penas privativas de libertad y sustitución de penas.* (BOE núm. 145, de 18 de junio de 2011, páginas 62933 a 62941) (BOE-A-2011-10598)

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, *por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario*. (BOE núm. 40, de 15/02/1996) (BOE-A-1996-3307)

Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, *por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas*. (BOE núm. 172, de 20 de julio de 1993, páginas 22088 a 22089) (BOE-A-1993-18951)

12. JURISPRUDENCIA

España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección1ª) Sentencia núm. 203/2018 de 25 abril. (RJ 2018\2687)

Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 20ª) Sentencia núm. 5/2016 de 16 diciembre. (ARP 2020\578)

Audiencia Provincial de Madrid (Sección 16ª). Sentencia núm. 663/2010 de 29 octubre. (JUR 2011\31285)