



Conferencia

Los ingresos en psiquiatría según la reforma penal cubana de 2022

Psychiatric Admissions according to Cuban Penal Reform in 2022

Ernesto Pérez González  

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Dr. Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

Recibido: 20/10/2019

Aceptado: 2/11/2019

Resumen

Introducción: la reforma penal cubana de 2022, materializada en nuevos código penal y leyes del proceso y la ejecución penales, determinó normas relativas al ingreso psiquiátrico, con objetivos asistenciales o periciales, de impugnados, acusados o sancionados.

Objetivo: analizar las nuevas leyes cubanas, respecto a sus normas para el ingreso psiquiátrico de personas por razones penales.



Desarrollo: se expusieron los riesgos de decidir el ingreso de personas que aparentan tener trastornos mentales, sin previo criterio médico, así como la responsabilidad inherente a ingresar personas sin que ello sea indicado por una autoridad legal competente. Se analizaron los contenidos de las nuevas leyes penales y sus antecesoras, en lo referente a ingresos y demanda asistencial psiquiátricos y se tomaron en cuenta, para su interpretación, los criterios de grupos de expertos en Psiquiatría. Comparativamente no hay divergencias esenciales entre actuales normas penales y enfoque asistencial psiquiátrico del ingreso.

Consideraciones finales: solo procede y es lícito el ingreso psiquiátrico de personas en conflictos penales, en unidades de salud pública, cuando este es ordenado por un tribunal y no lo es si es promovido por otros operarios penales, lo que debe rechazarse; las secuencias procesales establecidas implican que esa decisión siempre es precedida de valoración médica.

Palabras clave: Psiquiatría forense, ingreso psiquiátrico, aseguramiento terapéutico.

Abstract

Introduction: Cuban penal reform in 2022, materialized in the new Penal Code and laws of criminal process and execution, determined norms related to psychiatric admission, with assistance or expert objectives for those challenged, accused or sanctioned.

Objective: Analyze the new Cuban laws regarding their norms for the psychiatric admission of people due to criminal reasons.

Development: The risks of deciding to admit people who appear to have mental disorders without prior medical criteria are stated, as well as the responsibility in admitting people without being indicated by a competent legal authority. The contents of the new criminal laws and their predecessors are analyzed in relation to admissions and demand for psychiatric care, and the criteria of groups of experts in Psychiatry were taken into account for their interpretation. Comparatively, there are no essential divergences between current criminal norms and the psychiatric care approach to admission.

Final considerations: The psychiatric admission of people in criminal conflicts in public health institutions is only appropriate and legal when it is ordered by a court, but if it is promoted by other penal operatives, it is not legal, and must be rejected; the established procedural sequences imply that this decision is always preceded by medical assessment.

Keywords: Forensic Psychiatry; psychiatric admission; therapeutic assurance.

Introducción

La salud mental de las personas privadas de libertad es un campo insoslayable para las leyes penales, pues, por muchas razones, como población tienen una alta morbilidad psiquiátrica, hasta diez veces mayor que la población general.⁽¹⁾ Sus trastornos mentales pueden ser vinculables o no a haber delinquido y requerirán de definiciones y acciones durante el proceso penal y la ejecución de sanciones.



Las nuevas leyes penales que dieron lugar a la reforma penal cubana de 2023,⁽²⁾ el Código Penal cubano (CPC),⁽³⁾ la ley del Proceso Penal (LPP),⁽⁴⁾ y la ley de Ejecución Penal (LEP),⁽⁵⁾ respecto a trastornos mentales en personas impugnadas, acusadas o sancionadas, generan necesidades, asistenciales y periciales, a atender, por los operarios penales y las instituciones de custodia. Ambas involucran a psiquiatras y pueden superponerse, en la teoría y en la práctica, pero tienen soluciones procesales diferenciadas en escenarios psiquiátricos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), según lo establece la Ley de Salud⁽⁶⁾ y pudieran -o no- requerir de ingreso.

De manera muy general deben diferenciarse los objetos de cada una de estas leyes. El Código Penal⁽³⁾ define los delitos y las medidas penales a tomar con sus autores, la ley del Proceso Penal⁽⁴⁾ da las pautas de quiénes y cómo desarrollan el proceso y la ley de Ejecución Penal⁽⁵⁾ establece dónde, cómo y por quiénes se ejecutan las medidas que derivan de ese proceso penal. Se sumaría el Código Penal Militar, actualmente en proceso, que define los delitos específicos de ese sector.

El profesional asistencial o el directivo de la salud mental, habitualmente asumen que estos asuntos legales no le afectan directamente en su desempeño diario, pero las leyes penales establecen acciones a ejecutar que son pautas médico legales, ya sea para brindar asistencia a privados de libertad o al peritarlos.

Antes del 2022, una autoridad penal o policial, podía solicitar el ingreso psiquiátrico de un acusado en una institución del MINSAP, lo que decidían los propios peritos. La reforma penal de 2022 instauró un necesario control desde los tribunales penales de cualquier medida que afecte la libertad personal, como el ingreso psiquiátrico, para evitar su empleo extrajudicial como tecnología represiva abusiva.⁽⁷⁾

Pero debe también tomarse en cuenta al criterio médico para decidir un ingreso psiquiátrico penal, tanto asistencial como pericial. No habría contradicción, sino sinergia interdisciplinaria: establecer el criterio de ingreso hospitalario es desempeño profesional del médico, pero si privados de libertad ingresan fuera de la institución de custodia designada, se requiere de autorización judicial.⁽⁸⁾

Coincidentemente con la posición penal de prevenir abusos represivos, en lo ético, el ingreso psiquiátrico sin razón que lo justifique, es repudiado por los profesionales de la salud mental, en particular en el campo forense.⁽⁹⁾ También algunos convenios internacionales, como el relativo a las personas discapacitadas,⁽¹⁰⁾ son referentes comunes y facilitan la integración y hermenéutica ente ambos campos.

Se proponen, como problemas a responder en esta conferencia:

¿En la actual legislación penal la decisión de ingreso psiquiátrico, en cualquier momento procesal, estará o no siempre precedida del criterio médico que la origine o respalde y haga coincidir el interés penal con el interés médico?

¿Qué autoridad y cuál no, puede tomar durante el proceso y la ejecución de sanciones penales, la decisión lícita de un ingreso psiquiátrico forzoso impugnados, acusados y sancionados, a ser acatada por otros, incluso los médicos que procederían al ingreso?



Para dar respuesta a los problemas se plantea como objetivo analizar las nuevas leyes penales cubanas, respecto a sus normas para el ingreso psiquiátrico de impugnados, acusados y sancionados.

Se demostrará que los aportes de la Psiquiatría durante el proceso legislativo penal, favorecieron la coincidencia, no casual, entre las definiciones y los procedimientos penales y los criterios médicos sobre ingresos psiquiátricos, asistenciales o periciales, impuestos a impugnados, acusados y sancionados; así como la importancia para la responsabilidad médica, de actuar solo en respuesta a la decisión judicial documental, salvo urgencia médica impostergable.

Habitualmente los profesionales de la salud no están familiarizados con los métodos investigativos propios del Derecho, como la revisión y análisis de las leyes.⁽¹¹⁾ En esta conferencia se acudirá a esos métodos y se debe diferenciar en sus contenidos que cuando se expone letra de ley vigente de indiscutible y obligatorio cumplimiento, no se trata del simple criterio del conferencista.

Pero los criterios que se exponen y no son letra de ley, no son unipersonales, pues reflejan los de tres grupos de expertos, consultados durante la emisión de criterios para el proceso legislativo o para colegiar la interpretación de las referencias en las leyes penales al estado mental de impugnados, acusados y sancionados, tanto con fines de asistencia médica como periciales o de aseguramiento.

Estos grupos de expertos sumaron 77 especialistas de primer y segundo grado en Psiquiatría y Medicina Legal, con categoría docente, provenientes de las provincias de Pinar del Río a Villa Clara, los que analizaron y presencialmente opinaron sobre tales contenidos de proyectos y leyes, así como las propuestas de cómo interpretarlas o ejecutarlas en los campos asistencial y forense. De ellos surgieron propuestas organizativas consensuadas. En estos grupos convocados se encontraban directivos de las sociedades científicas de Psiquiatría y Medicina legal, así como los encargados de la salud mental y adicciones en el MINSAP; los docentes de mayor categoría y grado académico del territorio señalado; y también los especialistas de mayor experiencia en materias médico forenses.

Desarrollo

En productos cognitivos, sean artículos, conferencias o libros, que tratan campos de frontera entre disciplinas diferentes, inevitablemente hay que reflejar conocimientos que pueden ser elementales para cada uno de ellos, pero, precisamente, lo necesario es servir de vaso comunicante e inevitablemente insertar lo elemental de uno en el otro, para compatibilizarlos. Solo así se logra la hermenéutica y se facilita la sinergia intersectorial.

El ingreso psiquiátrico

Es recomendable que cuando se trate de analizar o hace razonar a un profesional del área penal, a los que se llaman “operarios penales”, sobre el campo ingresos psiquiátricos, se les exponga, primero,



información sobre el ingreso por trastornos mentales en sus aspectos universales, médicos en general y psiquiátricos, para que no asuman decisiones sin conocer riesgos. Es esto lo que el operario penal no domina y determina su necesidad de demandar auxilio de médicos, incluso en carácter de peritos cuando tal sea el caso. Pero es conveniente que ambos lo hagan con conocimiento de razones y causas, no solo por disciplina procesal. Es recomendable que los psiquiatras, al ilustrar al operario penal, empleen determinados aspectos del dominio propio, tal cual conocer también han de conocer las leyes relativas a su actividad:

Riesgos de la decisión de ingreso hospitalario en Psiquiatría

El argumento más importante es que un ingreso psiquiátrico es más nocivo que beneficioso y hasta riesgoso, si no está bien valorado o si se extiende más de lo necesario.^(12,13) Es un criterio similar a los de “*ultima ratio*”, minimismo y proporcionalidad que en el campo penal se aplican al internamiento penitenciario, solo que se suman razones médicas y son personas más vulnerables.

A largo plazo, el ingreso hospitalario deteriora,⁽¹⁴⁾ pues interrumpe y daña las relaciones del sujeto, en discapacidad subjetiva, con su medio y lo ubica en otro artificial, el hospitalario, que, por diferente a la realidad social, no es el mejor para rehabilitarlo, en contra del estigma cultural⁽¹⁵⁾ sobre “el loco”, que facilita la idea de que donde mejor él está es el hospital y omite su reinserción social, la que llega a ser muy difícil en caso de largo ingreso⁽¹⁶⁾. Pero el operario penal, como no especialista, puede tener esos puntos de vista y hay que informarlo y tener a mano argumentos, aún más importantes que el hospitalismo. Precisamente en este trabajo citado⁽¹⁶⁾ se llama también a que peritos, jueces y ejecutores de aseguramiento terapéutico de discapacitados mentales y adictos, así como autoridades que actúen en refuerzo de esa medida, se enfoquen no solo en el paciente y su estado clínico, sino también en las determinantes no individuales, tales como familiares, comunitarias y asistenciales primarias que tienen alta influencia en el control de su tendencia a la lesividad e inciden en la extensión del ingreso, la reinserción al egreso y en la ocurrencia de recaídas.

Durante la etapa de investigación de un delito, la decisión misma del ingreso psiquiátrico es importante, pues puede implicar peligro para la salud y la vida.

Otro argumento importante es que un aparente trastorno mental no siempre es “psiquiátrico”, ni tiene a la sala de Psiquiatría como destino, lo que tampoco suele dominar el operario penal. Por ello si él, por sí solo, deriva mal, hacia Psiquiatría, a casos con aparentes trastornos mentales, pueden ocurrir complicaciones o la muerte del que parecía ser un “paciente psiquiátrico”, pero no lo era; o porque lo que se manifestaba no era su enfermedad habitual.⁽¹⁷⁾

Si de enfrentar una necesidad asistencial urgente se trata, debe proponerse una “evaluación médica por trastornos mentales”, no una “evaluación psiquiátrica” y es que, de necesitarse el ingreso hospitalario de una persona con aparentes trastornos mentales, el mismo no necesariamente se ha de producir en sala de

Psiquiatría, sino quizás de otra especialidad, lo que incluye hasta terapia intensiva, pues el riesgo vital puede ser alto y la buena praxis en Medicina obliga a priorizar a partir de la posibilidad más riesgosa.⁽¹⁸⁾ La aparente contradicción de una persona con trastornos mentales, pero que no es paciente “psiquiátrico” (que no es contradicción para un médico), debe argumentarse porque enfermedades somáticas pueden perturbar al sistema nervioso central y provocar trastornos conductuales y “mentales”, conocidos como “sintomáticos”, “orgánicos” o “debidos a lesión o disfunción cerebral”, de los que existe amplia gama en textos y manuales clasificatorios, ya que aparecen con frecuencia en la práctica médica.⁽¹⁹⁾

Son ejemplos a citar, para la comprensión de quién no es médico: la hipertensión arterial; glicemia baja o alta; intoxicación o envenenamiento con sustancias que afectan el sistema nervioso central; intoxicación por alcohol y otras sustancias psicotropas o, a la inversa, suspensión abrupta de su consumo en personas adictas; traumatismos craneales; infecciones, tumores, trombosis, hematomas o hemorragias cerebrales; acumulación de tóxicos corporales por insuficiencia renal o hepática; epilepsia; y otras muchas que afectan al encéfalo.^(19,20)

Estos trastornos sintomáticos pueden manifestarse también en pacientes psiquiátricos conocidos y sumarse o sustituir a sus manifestaciones habituales y la experiencia práctica indica que probablemente en estos pacientes “conocidos” pueda haber mayor riesgo de error, por tendencia del evaluador a atribuir sus manifestaciones a su enfermedad habitual y por su dificultad para comunicarse.

Esta forma aguda de enfermedades, en otro aspecto penal diferente al que nos ocupa, pero conveniente mencionarlo, son causas de algunos de los llamados en derecho penal trastornos mentales transitorios, los que abruptamente privan de juicio y voluntad, pero que curan cuando su causa extingue.⁽²¹⁾

El riesgo evolutivo, en especial en casos urgentes de este tipo, está dado por su tendencia a empeorar rápidamente hacia el coma, complicaciones y muerte.

Un psiquiatra puede identificar todo esto y distinguir entre un cuadro orgánico o no, pero, de ser posible, lo mejor es que sea el especialista que cuenta con más recursos diagnósticos y terapéuticos y pueda aplicarlos en el menor tiempo, quién haga la valoración inicial y tome decisiones; y ese es el médico general o internista en su medio hospitalario clínico quirúrgico.

Si como psiquiatras se domina todo esto, sería negligente recepcionar un caso, sobre todo un caso penal, o a que se instaure una norma de trabajo, sin tomarlo en cuenta.

La “urgencia psiquiátrica” en privados de libertad



Una urgencia o emergencia médica es un evento que tiene un riesgo inmediato para la vida y, en consecuencia, requiere asistencia rápida y en el lugar más cercano y con más recursos para diagnosticar y tratar sus posibles causas.⁽²²⁾

No se comenzará por “urgencia psiquiátrica”, sino por la “urgencia médica” para introducir el tema. La razón es que, por lo antes dicho respecto al posible origen orgánico estructural de un trastorno mental, la aparición abrupta, aguda, de alteraciones de la conducta en una persona es, primero que todo, una urgencia médica y solo después de una valoración que descarte esa posibilidad, puede considerarse una urgencia psiquiátrica.⁽²³⁾

Es peligroso omitir esto e ir directo al psiquiatra; para el paciente y para quién decide. Más peligroso ordenar un ingreso psiquiátrico “a ciegas”, sin una valoración médica previa; y riesgoso que los especialistas lo acepten sin criterio propio.

Los trastornos definidos antes como orgánicos o sintomáticos, tienen, como regla, mayor riesgo vital en la medida en que, precisamente, sean más abruptos. Por ello ante urgencias hay más razones para observar que la demanda de asistencia se haga en cuerpo de guardia clínico quirúrgico, nunca psiquiátrico, para primer auxilio. No se debe acceder a otra cosa, aún ante el argumento de que la conducta del sujeto crea problemas en el lugar de detención: lo más importante no es su disciplina, sino que se puede complicar o morir y, cualquiera que sea la causa de la privación de libertad, están en juego los bienes más preciados: la salud y la vida.

Las manifestaciones externas más frecuentes de este tipo de urgencias, desde la observación de otras personas, profesional o no, son alteraciones de conducta, por excitación o agitación; o porque sean conductas inadecuadas al lugar y situación en que irrumpen, incluso agresiones de tal carácter; o porque el paciente deje de moverse o de hablar sin razón aparente para ello. Pueden ser abruptos cuadros de exaltación, alegría o depresión extremas, que no responden a la realidad que rodea a la persona; o comunicar ideas o percepciones que no se corresponden con la realidad o actuar según ellas, y dan la impresión de que se comporta como si estuviera en otro lugar distinto al real o comunicándose con personas que no están. Puede tratarse de que el paciente comunique deseos suicidas o los evidencie.

De lo aquí descrito a grandes rasgos, el médico deducirá esferas del psiquismo primariamente afectadas, orígenes del trastorno y decidirá las conductas adecuadas a partir de los antecedentes, el examen físico y la ayuda de exámenes complementarios. Es un desempeño médico: diagnosticar y decidir.

Quizás un caso que obligó a demanda urgente de asistencia médica, tenga una solución rápida y solo necesite seguimiento ambulatorio; y no ingresará.



Tampoco se trata de que toda conducta de difícil control sea una urgencia médica o psiquiátrica, como, por ejemplo, cuando un detenido o recluso en plenas facultades decide no alimentarse, desacatar a los funcionarios o agredir. No es bueno, ni ético, “psiquiatrizar” determinadas cuestiones.

Un error a mencionar siempre, desde la experiencia práctica, es que, por tratarse de personas en conflictos legales, se asuma que el sujeto simula un trastorno mental y por ello no se gestione su valoración médica inmediata en el lugar adecuado, por creer que se favorecen los objetivos del supuesto simulador. Durante décadas de práctica forense en distintas latitudes hemos tenido casos, por suerte pocos, lo que no les resta importancia, en que esa actitud de que quién no es médico diagnostique por cuenta propia simulación, terminó en la muerte evitable y sin asistencia médica de una persona en custodia, que en realidad sufría trastornos mentales sintomáticos. Algunos de estos casos de muerte en custodia policial precedida de trastornos de conducta, interpretados *ad libitum* como simulación, fueron de *delirium tremens*. Por ello, ante una aparente simulación la mejor conducta será gestionar rápidamente una valoración médica, tanto en razón de evitar equivocarse, como hasta para no perder el control sobre la relación con el sujeto, si fuera un simulador, y actuar con él sobre seguro. Y esa valoración no puede ser prejuzgada.

En la práctica también ocurre que, ante la aparición de cuadros urgentes en detenidos, se opta por convocar de urgencia a peritos o decidir su traslado a centros forenses, los que, por las misiones que tienen asignadas, carecen de medios para diagnosticar y tratar. Implica pérdida de tiempo y no es una buena forma de derivar responsabilidades. Sería absurdo, en casos de urgencia por trastornos mentales en privados de libertad, comunicarlo a la autoridad judicial y esperar a tramitar la pericia para ser valorado, en vez de proceder de inmediato a demandar asistencia para el interno, por eso la ley indica buscar asistencia urgente inmediata en esos casos. A la inversa, tampoco pueden solicitarse criterios periciales a un médico de guardia.

Criterios para decidir un ingreso psiquiátrico

La decisión de ingreso psiquiátrico es tan compleja que, a veces, debe ser tomada por varias personas y varias especialidades médicas.⁽²⁴⁾

No es difícil entender que quién no sea médico con habilidades y recursos para el desempeño diagnóstico y de decisión diligente sobre destinos asistenciales, expone su responsabilidad, si decide imponer un ingreso en sala u hospital de Psiquiatría de una persona privada de libertad con aparentes trastornos mentales, sin una evaluación médica precedente. El mejor y único criterio de quién no sea médico para decidir un ingreso psiquiátrico es que hay que buscar a un médico.

El psiquiatra o directivo que acepta esa imposición comete infracción ética, pero más importante puede ser su responsabilidad administrativa y penal por negligencia.

Debe sumarse que si la población de internados penales, sobre todo la de recién internados, pudiera ser propensa a presentar reales trastornos psiquiátricos, ya sea en reacción a su situación o porque esta



desencadene los pre existentes o hasta porque el sujeto transgredió por ellos, también el recién internado pudiera ser más propenso a trastornos sintomáticos a una afectación cerebral.

Puede deducirse que contribuyen a ello la influencia del componente emocional para descompensar enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes; la suspensión abrupta del consumo del alcohol y otras drogas en adictos, que lleva al síndrome de abstinencia; posibles traumatismos o intoxicaciones sufridos en el lugar previo al internamiento penal; y la suspensión abrupta de tratamientos para enfermedades que, en cuestión de horas, pueden complicarse, en detenidos que, por una u otra razón, no comunicaron tal necesidad.

Si todo esto se ubica en una situación práctica, se evidencia el riesgo en un caso que abruptamente, durante su detención, presenta trastornos de conducta y que, por decisión no médica, es trasladado, con la consiguiente pérdida de tiempo, al pueblo X, donde radica un hospital psiquiátrico, en vez de hacia la ciudad Y, donde existe un hospital clínico-quirúrgico con cuerpo de guardia y disponibilidad de todas las especialidades médicas básicas y recursos de diagnóstico y tratamiento.

No obstante, hasta en un caso en que ya se haya descartado la posibilidad de trastorno orgánico sintomático y que tiene como destino al psiquiatra, el ingreso en sala de Psiquiatría se valorará por los especialistas cuidadosamente, con atención a que el caso, para ser tratado o peritado, requiera –o no- del nivel hospitalario, hasta evitar favorecer o reforzar, innecesariamente, simulaciones ya identificadas, actitudes gananciales o condiciones más propicias a la fuga de un no psicótico.

Pudiera resumirse esta primera parte de la conferencia, con la afirmación de que hay razones insoslayables, de carácter médico y del rango de riesgos importantes para la salud y la vida o para el logro de objetivos periciales, opuestas a que alguien, sin auxilio médico, decida el ingreso psiquiátrico de una persona con aparentes trastornos mentales. Mientras más abruptos y severos –urgentes- sean estos, serán más e insoslayables las razones para no tomar así esa decisión y para oponerse a ejecutar un ingreso no decidido sin estricto criterio médico.

A esta altura quizás persista la duda de que, si a pesar de existir, los criterios médicos expuestos, pudiera emitirse una orden penal lícita de ingresar a una persona, compulsoriamente para ella y para quién recibe la orden, sin que exista previo criterio médico para ese proceder. Por ello se debe llevar el análisis hacia si los criterios médicos sobre ingreso psiquiátrico se contradicen o no con la legislación penal cubana.

El ingreso psiquiátrico de impugnados, acusados y sancionados

Impugnado es el sujeto en investigación penal como posible autor de un delito, el que pasaría a ser acusado ya cuando sea sujeto de una causa ante un tribunal. Los ya sancionados de interés a esta conferencia serían



los que cumplen pena como reclusos o en trabajo correccional con internamiento, pues pudiera haber otros que cumplen medidas penales sin internamiento y que no son objeto de la conferencia.

El ingreso psiquiátrico en legislaciones procesales previas a las de 2022

Ya la decimonónica ley de Enjuiciamiento Criminal de España para las islas de Cuba y Puerto Rico (artículo 381),⁽²⁵⁾ establecía que el juez, antes de ordenar internamientos penales en centros psiquiátricos, sometiera a la persona “a la observación de los médicos forenses” y procediera después según informe de estos.

La posterior ley de Procedimiento Penal (LPP derogada)⁽²⁶⁾ antecesora de la actual ley del Proceso Penal⁽⁴⁾ mantuvo, en su artículo 158, que la decisión judicial de ingreso hospitalario fuera precedida por la solicitud de valoración médica y se decidiera según sus resultados.

Hasta para el ingreso pericial con fines de establecer pretense índice de peligrosidad (artículos 405, 407 y 497), incluso el de enfermos mentales, la LPP derogada⁽²⁶⁾ obligaba a obtener criterios médicos previos al ingreso para la observación, de la que podía resultar aseguramiento predelictivo.

Las actuales leyes penales cubanas abandonaron ese principio de peligrosidad, que licitaba la aplicación de medidas penales por aparente tendencia manifiesta a delinquir. En la actualidad solo son sujetos del derecho penal personas, incluidos discapacitados mentales, que han cometido delito.

Debe subrayarse que esa LPP derogada⁽²⁶⁾ mantuvo la posibilidad de que, a pesar de la establecida evaluación médica previa, se ingresara a un supuesto enajenado en peligrosidad y, una vez ingresado, resultara no requerir del ingreso, en cuyo caso indicaba (artículo 409) que el director del hospital, oído tal parecer de los médicos encargados de la observación, dispusiera el alta y lo informara al tribunal, dada la inexistencia de la causa de peligrosidad que motivó el ingreso. Esto atiende a un posible error en el criterio médico de sostén a la orden penal.

Pero la LPP derogada⁽²⁶⁾ no restringía la decisión de ingreso a exclusivo control judicial, es decir, a control de un tribunal.

En resumen, desde la época colonial, las leyes procesales previas a la reforma penal de 2022, preveían, explícita o implícitamente, que la orden de ingreso penal forzoso estuviera basada en criterios médicos previos.

Ingresos psiquiátricos en el actual Código Penal cubano

En sus definiciones el actual CPC⁽³⁾ menciona, en su artículo 107.a, con relación a las medidas de seguridad terapéuticas postdelictivas, a los “ingresos en hospital o institución de salud que preste servicio de tratamiento psiquiátrico o de deshabitación;” obviamente a aplicar solo por un tribunal y “...atendiendo



al criterio y los objetivos médicos del tratamiento especializado...”, por lo que excluyó a otros operarios penales de poder decidir ese internamiento.

Ingresos psiquiátricos en la actual Ley Procesal

En el proyecto de la actual ley del Proceso Penal (P-LPP 2021)⁽²⁷⁾ se planteaba que si el tribunal consideraba necesario solicitar una pericia psiquiátrica, ordenara el ingreso hospitalario, en redacción que implicaba inexistencia de criterio médico precedente. Pero mantenía que de detectarse que el ingreso era innecesario, el director del hospital informara al tribunal y propusiera el alta.

Respecto a demandar participación psiquiátrica, desde el P-LPP 2021⁽²⁷⁾, existían las dos variantes de proceder:

- 1.-Búsqueda de asistencia médica inmediata si se tratara de una urgencia (artículo 679.3), la que no requería de decisión judicial, por lógicas razones de operatividad y necesidad, y a ejecutar por quién tuviera bajo custodia a la persona, sin que ello representara ordenar su ingreso, el que, de ser necesario en estos casos, lo sería por criterio médico asistencial y tendría la excusa de necesidad inaplazable, pero no sería penalmente impuesto; y
- 2.-Solicitud de pericia psiquiátrica, siempre mediante ingreso hospitalario, exclusivamente ordenado por un tribunal a una instancia forense.

Durante el trabajo final con este proyecto P-LPP 2021⁽²⁷⁾, la comisión del Tribunal Supremo Popular registró criterios de expertos en Psiquiatría, respecto a que el citado art 681 imponía el ingreso hospitalario en todos los casos a peritar, lo que es innecesario en la mayoría de ellos; así como que un ingreso, como procedimiento médico, debía depender de criterio también médico, pues, de lo contrario, los peritos, al recibir el caso, se verían forzados por la orden judicial a internarlo para cumplir con la regla procesal, aun si les era evidente que ello resultaba innecesario, para proceder después, vía director del hospital, a informar de ello al tribunal y este ordenara el egreso. Además, se argumentaron los riesgos de un posible trastorno orgánico o sintomático, cuyo destino no es la sala psiquiátrica.

Existía para esta crítica otro respaldo, el de que la práctica psiquiátrica forense de décadas en el país, había demostrado y licitado, por útiles, a las pericias ambulatorias, mejores en cuanto a rapidez, costos y seguridad, sin afectar calidad, sin excluir el ingreso para observación, pero solo cuando fuera necesario.⁽²⁸⁾ Puede estimarse que entre el 90 y 95 % de las pericias no requieren ingreso para observación ni concluyen en aseguramiento como inimputables, además, la gran mayoría de incidentes y contingencias en centros de ingreso forense, se generaron por acusados o reclusos que, precisamente, no requerían tal ingreso.

Al impugnar los ingresos “innecesarios”, también se argumentó el mal empleo de un recurso hospitalario, al que se suman los de traslado y similares; así como lo desfavorable de ubicar a quién delinquiró –quizás en delito muy grave- en un medio que trata de mantener condiciones favorables a discapacitados mentales



y en el que quién no lo es, afecta el clima terapéutico, además de poder ser persona proclive a fuga u objetivo de actos de venganza, en un medio menos controlado, precisamente por estar concebido para enfermos; entre otras razones que llaman a la prudencia al decidirlo.

Estos planteamientos fueron aceptados y quedaron en la definitiva vigente LPP,⁽⁴⁾ la que además establece, desde sus definiciones más generales iniciales, en su artículo 4, que nadie “puede ser privado de libertad sino en los casos y con las formalidades establecidas en esta ley”.

Esa definición general pone en situación de ilicitud a acciones de internamiento no previstas, improvisadas o decididas por quién no esté designado y es sintónica con el interés psiquiátrico de repudiar el internamiento psiquiátrico innecesario; obligan a cumplir, por psiquiatras y directivos, los procedimientos establecidos en la ley sobre ingresos penales, de modo que los ingresos hospitalarios electivos, en lugares o áreas del MINSAP, de impugnados, acusados o sancionados, son solo lícitas por resolución de un tribunal penal que lo indique, salvo necesidad asistencial urgente. Ninguna otra autoridad que un tribunal puede indicar el ingreso de una persona bajo control penal en un lugar de asistencia psiquiátrica: ni policías, ni Instructores penales, ni funcionarios de prisiones, ni fiscales, ni abogados; ni directivos del sistema de salud o de gobierno de cualquier nivel, nadie, aunque algunos tienen vías procesales para solicitarlo al tribunal (artículo 679 de la LPP⁽⁴⁾).

Se insiste en que una autoridad puede acudir a un centro asistencial con una persona privada de libertad bajo su custodia, en la que han aparecido abruptas manifestaciones psiquiátricas y que, de hecho, la ley la obliga a que lo haga y tome otras medidas de protección en esos casos (artículo 680.2, de la LPP⁽⁴⁾: aviso inmediato a la familia, designación inmediata de abogado y similares), pero una cosa es demandar asistencia y otra ordenar ingreso; el que solo se producirá si existe criterio médico justificado a partir de esa urgencia, si lo es, pero no porque se ordene por quienes conducen al caso.

Tampoco son criterios que aplican a la recogida de un aparente enfermo en la calle y conducirlo al hospital sin documento de solicitud de asistencia, pues no se trata ni de impugnado, ni de acusado ni de sancionado. Tal caso sería un ciudadano más que llega a cuerpo de guardia y se procede según sea o no una urgencia.

A continuación se expondrá cómo lo antes resumido se plasma en el articulado de la vigente LPP⁽⁴⁾, de modo que psiquiatras y directivos distingan lo que la ley establece y los ampara para decidir, así como para que puedan enfrentar discrepancias con el argumento legal, vinculante para todos, en la mano:

Ingreso relativo a pericia de pretense inimputable en la vigente LPP

Respecto a pericia a pretensos inimputable, la LPP⁽⁴⁾ establece:

“Artículo 241.1. Si se advierten signos de enfermedad o trastorno mental en el imputado, se aportan antecedentes de estos, o las circunstancias del hecho lo aconsejan, se solicita mediante despacho argumentado el examen de urgencia sobre su estado de salud mental; y, de ser necesario



el ingreso hospitalario para su peritación; el fiscal lo solicita al tribunal, a fin de que lo disponga por un plazo que no debe exceder de treinta días, ajustándose a lo establecido en el título IV del libro séptimo de esta ley, para el ingreso del pretense asegurado y posterior modo de proceder. ...”

Observar que la calificación “de urgencia” no califica al cuadro clínico del impugnado o acusado, sino a la acción que ha de realizar el solicitante de la pericia, pues si se tratara de una urgencia clínica, la acción procesalmente prevista no sería solicitar pericia, sino demandar asistencia, como se mostró antes. Se trata de lógica consecuencia: actuar diligentemente, para evitar que quizás permanezca en internamiento un discapacitado mental, sin las medidas garantistas previstas, lo que la propia ley proscribiera.

La secuencia de acciones procesales en este artículo 241, cuyo escenario sería el centro forense, no el asistencial, exclusivamente referidas al imputado o acusado, el que pudiera no estar detenido, no deja dudas de que la autoridad actuante durante la investigación del delito, ante la posibilidad surgida de diversas fuentes, también por su propia apreciación, de que el impugnado o acusado quizás tenga trastornos que trasciendan a su imputabilidad, puede solicitar, por sí mismo, un examen pericial psiquiátrico, véase que el objetivo es pericial y ajeno a una unidad asistencial,⁽²⁸⁾ siempre con observancia de los requisitos de solicitud que aparece posteriormente en el artículo 288. Se sugiere incluir, entre otras indicaciones: “causas que motivan esta decisión, los antecedentes o las circunstancias del hecho o de la persona, que guarde relación con lo interesado, la información imprescindible para el cumplimiento de los objetivos periciales...”. Las causas han de ser las que se han manifestado en ese pretense inimputable o adicto, concretas.

Si a consecuencia de esa evaluación pericial “urgente”,⁽²⁸⁾ resultara “*ser necesario el ingreso hospitalario para su peritación*”; el fiscal, que no es competente para disponer tal ingreso, gestionará la autorización del mismo ante el tribunal, el que emitiría una resolución documental que licitaría el ingreso para observación pericial y es el único documento por el que se admitiría el internamiento para observación por orden penal en una sala de psiquiatría.

En atención al ya citado artículo 11.1.e de la LEP⁽⁵⁾, dicho ingreso, con fines periciales, se produce en sala de Psiquiatría de una unidad del MINSAP, que pudiera ser una sala forense, aunque también pudiera tratarse de que, en caso de demanda asistencial de urgencia, previa a la solicitud pericial, el impugnado o acusado pudiera ya estar ingresado, por criterio médico, en otra sala, si así fue necesario al evaluarlo asistencialmente, por requerir de tratamiento inaplazable.

No todas las provincias disponen de salas forenses, por lo que pudiera ser inevitable algún ingreso en otras salas en caso de urgencia que lo requiera, y ser viable, sin nada legal que se oponga a ello, que durante ese ingreso sean observados en ellas; en su provincia. Ello sería aplicable a impugnados de delitos no graves, sin rechazo al ingreso, con baja tendencia a la lesividad, controlables en las condiciones de una sala psiquiátrica común, que siempre implica vigilancia y control del paciente. Esto no estaría en contradicción

con la ley, sería más económico y optimizaría la pericia, pues el sujeto estaría más asequible a los peritos designados para emitir el informe pericial. Así está propuesto por expertos.

No es contenido de esta conferencia el proceder pericial relativo a inimputabilidad –“pretensa inimputabilidad”- de impugnados y acusados, solo subrayar que son los peritos quienes dan el criterio de ingresarlos o no para observación forense. Puede ampliarse sobre este proceder pericial en una publicación reciente disponible.⁽²⁹⁾

Ingreso por necesidad asistencial de persona privada de libertad

En la LPP⁽⁴⁾ aparece una secuencia de artículos, del 679 al 685, que orientan procederes con fines de asistencia y protección, si aparecen abruptos indicios de enfermedad mental o adicción en una persona privada de libertad, sea detenido imputado o acusado, pero sobrevenidos también en un sancionado internado en prisión o trabajo correccional o en una persona que va a ser detenida (previsto en inciso .2 del artículo 679), pues se trata así de garantizar el precepto de que:⁽⁴⁾

“2. En ningún caso se permite que el imputado, acusado o sancionado, de presentar síntomas de discapacidad mental que lo prive del uso de la razón, permanezca en establecimiento penitenciario o de similares características, cualquiera que fuera la naturaleza de la medida que allí lo situó.”

Si resultara, una vez evaluado el caso, que es necesario su ingreso, se cumple que sea un tribunal, informado de todo lo referente al mismo por el fiscal, el que lo decida (artículos 678 y 679 de la LPP⁽⁴⁾). Debe entenderse que tampoco se trata de que, sin mediar el tribunal, el paciente sea trasladado de la prisión a ser entregado a custodia en ingreso electivo en unidad del MINSAP.

Observar que en el citado artículo 679.3, en el que además aparece la disposición de medidas de protección a discapacitados mentales en conflicto penal, tampoco se dice que se ordene el ingreso psiquiátrico en tales situaciones, sino que, si se trata de una urgencia, se proceda a “*su traslado inmediato a un centro hospitalario*”, o sea, indica “*traslado*”, no ingreso ni hospital psiquiátrico. Lo que se caracteriza es que la persona, privada de libertad, esté en esa urgencia e indica que quién esté a cargo de su custodia -policía, Instructor o similar actor- demande, por ello, asistencia en “*un centro hospitalario*”, sin definir si del MINSAP o de los servicios médicos penitenciarios, pues sería el más asequible, según donde la persona esté penalmente internada como impugnada, acusada o sancionada.

En un “centro hospitalario”, es el cuerpo de guardia el punto de recepción de un caso cualquiera que “*requiere de su tratamiento urgente*”. A propósito de ello significamos que coincide con lo tratado en la primera parte de este trabajo sobre el lugar idóneo para la recepción, diagnóstico y tratamiento a una urgencia médica, aparentemente psiquiátrica, y evitar complicaciones a corto tiempo. Acertadamente, desde el punto de vista médico, en la LPP⁽⁴⁾ no se indica traslado a un hospital o centro psiquiátrico, sino

“centro hospitalario” y la redacción permite la buena práctica de que sea el cuerpo de guardia de hospital clínico quirúrgico.

Así quedó en la ley y nadie está autorizado a no cumplirlo.

A partir de esta valoración médica, ahora asistencial no pericial, de la urgencia en el cuerpo de guardia, pudiera o no procederse a un ingreso hospitalario inaplazable, distinto a los electivos del artículo 241 de la LPP⁽⁴⁾, que requieren de resolución judicial para ingreso de observación pericial. Tal ingreso por necesidad asistencial, por ello, pudiera producirse en la sala requerida para tal urgencia, según su causa. Si esa sala no tiene las condiciones de contención del Hospital Nacional de Reclusos o las salas forenses del MINSAP, se requeriría que el sujeto siguiera, durante su estancia hospitalaria, en custodia de la misma autoridad que lo condujo a ser asistido y estaba procesalmente encargada de ello, hasta que el tribunal decida o no otra cosa. Se describirá esa secuencia en la LPP⁽⁴⁾:

Artículo 680.1. Recibida por el fiscal la información de la situación del imputado, acusado o sancionado y los antecedentes que la acompañan, solicita al tribunal competente, mediante escrito fundado, su examen psiquiátrico para determinar la situación que presenta.

Artículo 681. Formulada la solicitud, el tribunal competente dispone la evaluación psiquiátrica del presunto asegurado en el hospital o entidad de Salud destinada al efecto, y de ser necesario, su ingreso por el plazo indispensable, que no debe exceder de treinta días naturales.

Artículo 682.1. El director del hospital o entidad de Salud debe, en cualquier momento anterior al decurso del plazo antes dicho, oído el parecer de los médicos encargados de la observación, proponer al tribunal el alta médica de la persona sujeta a observación, si como resultado de ella no existe necesidad de imposición de medida terapéutica; participándolo en el día al tribunal

2. El mismo día o al siguiente, el tribunal se pronuncia sobre la solicitud del director del centro asistencial y notifica al fiscal la decisión.

Debe resaltarse la indicación del artículo 681 de la LPP⁽⁴⁾, de que “*el tribunal competente dispone la evaluación psiquiátrica del presunto asegurado en el hospital*”, tampoco dispone el ingreso, sino la evaluación pericial y no necesariamente hospitalaria, pues la “... *entidad de Salud destinada al efecto*”, incluiría a la Comisión Provincial de Psiquiatría Forense⁽²⁸⁾ o la de Régimen Penitenciario⁽³⁰⁾, ambas del MINSAP, ambulatorias y que examinan en primera instancia al 100 % de los casos en los que se solicita pericia psiquiátrica y de ellas emanaría el criterio de si es o no necesario el ingreso.

La similitud en la redacción entre el artículo 241 de la LPP⁽⁴⁾ y otros posteriores (del 679 al 682), hace conveniente identificar que, si bien establecen procedimientos muy similares, tanto que parecieran repetirse, en realidad el artículo 241 tiene por sujetos solo a impugnados o acusados, los que hasta pudieran no estar privados de libertad, y por objetivo a la pericia psiquiátrica; en tanto los artículos 679 a 682 tienen



por sujetos a todos los privados de libertad en cualquier momento del proceso, lo que abarca a los reclusos y los sancionados a trabajo correccional, y su objetivo es el tratamiento de urgencia y posteriores procedimientos para decidir protección y destinos, que de ser necesario pueden hasta llegar a que el tribunal solicite pericia para suspender la pena y sacarlos a aseguramiento terapéutico.

En resumen, en estas secuencias de artículos, la LPP⁽⁴⁾ establece que, en casos de trastornos psiquiátricos evidenciados durante cualquier internamiento penal o previo al mismo, en cualquier momento del proceso, incluidos los sobrevenidos en fase ejecutoria, el ingreso psiquiátrico se decide por un tribunal y previa valoración médica, y, aun así, en su artículo 682.1, se mantuvieron los procedimientos, a cargo del director de la unidad, para suspender judicialmente el ingreso, cuando se detecte que es innecesario. No impide que, si un caso requiere ingreso por urgencia médica, se proceda a ello sin esperar orden judicial, incluso está implícito que el fiscal informe, después de este, al tribunal (artículo 680).

Ingresos psiquiátricos en la Ley de ejecución Penal

Lo relativo a ingresos, también los psiquiátricos, de personas privadas de libertad que aparece en los artículos 9, 151.4 y 156 de la LEP⁽⁵⁾, son de la competencia exclusiva de tribunales, si son del tipo de los sobrevenidos que, una vez definidas que sus necesidades asistenciales impiden que continúen como reclusos, pudieran pasar, por decisión del tribunal, a la condición de aseguramiento terapéutico en unidad del MINSAP. Pero reclusos con otros trastornos que requieren tratamiento ambulatorio o ingreso breve, no tendrían que egresar de ese sistema de internamiento, dado que la LEP⁽⁵⁾, da licitud a tratamientos ambulatorios y hasta ingresos psiquiátricos dentro del mismo:

Los artículos 87 y 88 de la LEP⁽⁵⁾ definen que, en coordinación con el MINSAP, se garantizará el cumplimiento durante el internamiento penal y también en los escenarios de este, del tratamiento de “deshabitación en los casos de sancionados que se les imponga una medida de seguridad posdelictiva terapéutica por la adicción al alcohol u otras drogas o sustancias de efectos similares”: Es decir, esto se brinda dentro del sistema penitenciario a los reclusos que lo requieran y, solo por esa causa, no demandarían ingresos en unidades del MINSAP.

Posteriormente, todo el capítulo I del título IV de la LEP (5) se dedica a normar la asistencia psiquiátrica de “Reclusos con padecimientos psiquiátricos”, y resultan especialmente definitorios sus artículos 91 y 92:

Artículo 91. El recluso que se encuentre en condiciones de internamiento y presente padecimientos psiquiátricos compatibles con este régimen, recibe la atención médica y psiquiátrica por médicos y personal calificados, que garantice el tratamiento especializado para su enfermedad mental.

Artículo 92. Son responsables del control y atención especializada, los servicios médicos del Ministerio del Interior y de las Fuerzas Armadas Revolucionarias que, en coordinación con especialistas del Ministerio de Salud Pública, analizan individualmente los casos y las problemáticas colectivas que



permitan brindar un tratamiento diferenciado a las conductas suicidas, lesiones auto infligidas y adicciones patológicas.

Estos especialistas serían los de las Comisiones Provinciales de Aptitud para Régimen Penitenciario del MINSAP⁽²⁹⁾.

A continuación los artículos 93 y 94 asignan la responsabilidad de crear los escenarios asistenciales en los establecimientos de reclusión penal “a los servicios médicos del Ministerio del Interior y de las Fuerzas Armadas Revolucionarias” en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, y se especifica que “El recluso con padecimientos psiquiátricos en fase de agudización, recibe la atención médica especializada a partir de los servicios de intervención en crisis ubicados en las salas de ingreso de los hospitales provinciales para personas privadas de libertad...”. Esto no niega el posible apoyo, coordinado, del MINSAP a la asistencia de la población penal, pero define quienes deben organizarlo y garantizarlo.

Se evidencia que las necesidades de tratamiento o ingreso de reclusos, salvo los casos caracterizados de trastornos que representan incompatibilidad con la pena, están a cargo de los servicios médicos penitenciarios y no de unidades del MINSAP, pero insistimos, una vez más, que las urgencias se atenderían donde lleguen y después se analizaría, organizacionalmente, si hubo una derivación o manejo asistencial inadecuado de la misma o si deben formalizarse vías de apoyo interinstitucional.

En Cuba existen así las opciones de que, según los requerimientos del caso, un recluso o un sancionado a trabajo correccional con internamiento, reciba:

- 1- Tratamiento psiquiátrico ingresado o ambulatorio en el propio escenario del internamiento penal, lo que incluye cumplir allí una medida de aseguramiento terapéutico de tipo antiadictivo; o
- 2- Internamiento como asegurado terapéutico en una sala psiquiátrica forense del MINSAP, fuera del lugar de internamiento penal, ya no como sancionado, sino como asegurado, si presenta un grado de discapacidad mental que lo hace inepto para cumplir esa pena por largo periodo y el tribunal lo dispone.

Las leyes penales previas a la reforma penal de 2022 llamaban a este nivel de discapacidad mental “enajenación mental”, entendido por tal un trastorno psicótico de larga evolución, durante el cual el paciente no se aviene a normas, ni puede justificarse aplicarle una pena, además de requerir ingreso prolongado para tratamiento psiquiátrico. Si bien la expresión “enajenación” fue felizmente desechada y sustituida por la de discapacitado mental, el tipo de paciente de referencia es el mismo y mientras el trastorno mental sobrevenido en un interno penal no alcance ese nivel de demanda asistencial y sea agudo, de corta duración y necesitado de breve hospitalización o tratamiento ambulatorio estrecho, se le tratará dentro del sistema penitenciario o correccional, en el que por ley deben existir los servicios para ello.



Debe comentarse que en otros países el esquema puede ser más cerrado o estricto, en tanto el sancionado a privación de libertad, en quién sobrevino discapacidad mental que le impide cumplir la pena, el que en Cuba devendría en asegurado terapéutico en hospital del MINSAP, en ellos pudiera ir a un área especial u hospital psiquiátrico dentro del mismo sistema penitenciario.^(31, 32)

Consideraciones finales

- 1- Según las leyes penales vigentes en Cuba, la única autoridad competente para ordenar lícitamente el ingreso psiquiátrico hospitalario electivo de impugnados, acusados o sancionados, fuera de la institución de custodia, en instituciones de Salud Pública, es un tribunal, que lo indica en resolución, y no es lícito proceder al mismo si es promovido por otras autoridades, sean cuales sean, o sin esa autorización documentada.
- 2- La propia secuencia procesal establecida en esas leyes, conlleva a que la necesaria decisión judicial de ingreso hospitalario, siempre sea precedida de criterio médico evaluador, lo que se aviene con la doctrina médica para esos casos y evita así riesgos para la integridad del privado de libertad.
- 3- En casos de impugnados o acusados privados de libertad, que presenten urgencia médica por trastornos mentales, puede y tiene que demandarse, por la autoridad que los custodia, asistencia en un centro hospitalario y examen psiquiátrico de urgencia en un centro forense, en ese orden y sin mediar un tribunal, pero no está lícitado que en tales casos exista orden que imponga el ingreso psiquiátrico, el que en tales casos ocurriría por criterio médico y con causa justa en la necesidad de inmediatez para tratamiento y evitar complicaciones.
- 4- El examen psiquiátrico electivo solo lo solicita o autoriza el tribunal y los peritos deciden si es necesario pedirle a este que imponga el ingreso para observación.
- 5- En algunos internados en establecimientos penitenciarios o de trabajo correccional, pueden sobrevenir trastornos psiquiátricos agudos y requerirse ingresos hospitalarios dentro del propio sistema médico penitenciario, lo que está previsto en la ley y se producen por necesidad asistencial y definición médica, sin que requieran procesalmente del tribunal, mientras no se trate de asegurarlos por ineptitud para cumplir la pena con internamiento, solo por orden judicial, en unidades del MINSAP.
- 6- Los reclusos con adicciones al alcohol u otras sustancias cumplen su aseguramiento terapéutico anti adictivo en centros penitenciarios o de trabajo correccional, a cargo de los servicios médicos de esos escenarios, sin requerir de ingresos hospitalario en unidades del MINSAP, salvo que sean trastornos duales, de tal nivel que los hagan incompatibles para permanecer en ese régimen de ingreso penal.

Bibliografía



1. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference [Internet]. Helsinki. 2005. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
2. Goite M. El desafío de la reforma procesal penal cubana: entre el garantismo y la política criminal. Revista Cubana de Derecho. 2022; 2(1): 670-700, Disponible en: <https://revista.unjc.cu/index.php/derecho/article/view/129>
3. Ley No. 151 de 15 de mayo de 2022. Código Penal. (República de Cuba). Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición ordinaria no. 93, Año CXX. La Habana, 1ro. de septiembre de 2022. Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-09/goc-2022-o93_0.pdf
- 4- Ley No. 143 de 28 de octubre de 2021. Ley del Proceso Penal (República de Cuba). Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición ordinaria no. 140 del 7 de diciembre de 2021. Año CXIX. La Habana. Disponible en: <https://www.minjus.gob.cu/sites/default/files/archivos/publicacion/2021-12/goc-2021-o140.pdf>
- 5- Ley No. 152 de 15 de mayo de 2022. Ley de Ejecución Penal. (República de Cuba). Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición ordinaria no. 94. La Habana. 7 de diciembre de 2021 Año CXX. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2022-o94.pdf>
- 6- Ley No.41 de 13 de junio de 1983. Ley de Salud de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición ordinaria no. 61. La Habana. 15 de agosto de 1983. Año LXXXI. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/1983_lsp_cub.pdf
- 7- Beviáa B, Girón M. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(132): 321-329 Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200321&lng=es&nrm=iso>
- 8- Vega C, Bañón R, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Aten Primaria. 2020; 42(3):176–182 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internamientos-psiquiatricos-aspectos-medicolegales-S021265670900482X>
- 9- Pérez, E. Manual de Psiquiatría Forense. La Habana. Editorial ONBC. 2005: 141
- 10- United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities A/RES/61/106 of General Assembly Distr.: General 24 January 2007 Sixty-first session. Disponible en <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>



- 11- Villabella M. Los métodos en la investigación jurídica. Algunas precisiones. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 2015; Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx>
- 12- Noguero A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. Rev Bio y Der. 2021; 53: 37-55 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000300003&lng=es&nrm=iso
- 13- Lehman A, Possidente S, Hawker F. The quality of life of chronic patients in a State Hospital and in Community Residences. Hospital and Community Psychiatry. 2022; 37(9): 901-907 Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1988-02326-001>
- 14- Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev. esp. sanid. penit. 2023; 13(3): 100-111 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-519X2018000500705&lng=es
- 15- Chang N, Ribot V, Pérez V, Fernández V. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018; 17(5): 705-719. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500705&lng=es.
- 16- Pérez E, González M. Criminología del enfermo mental inimputable. En: Serie Ciencias Penales y Criminológicas: Expansionismo, nuevas formas de criminalidad y proceso penal en los inicios del Siglo XXI. 2022: 226-253 Disponible en: <https://cuba.vlex.com/vid/enfermo-mental-525052294>
- 17- Pedraza B, Arévalo M. Psicosis sintomáticas. Rev Neuropsiquiatr. 2014; 77(2): 170-181 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar1.pdf>
- 18- Cruz C. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”: Un nuevo estudio comparativo. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. 2010; 48(3): 175-183 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000400002&lng=es&nrm=iso
- 19- González A, Pérez J, Garrido G. Psicosis orgánica, tipo trastorno esquizofreniforme, posterior a hemorragia subaracnoidea. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2022; 31(3): 177-190 Disponible en: https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/psicosis-organica-trastorno-esquizofreniforme-posterior-hemorragia-subaracnoidea-organic-psychosis-schizophreniform-disorder-subarachnoid-hemorrhage/



- 20- Restrepo D, Rodríguez A, Cardeño C. Psicosis orgánica en una paciente con encefalopatía reversible posterior. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010; 39(4): 782-803 Disponible en: https://www.academia.edu/69381084/Psicosis_org%C3%A1nica_en_una_paciente_con_encefalopat%C3%ADa_reversible_posterior
- 21- Pérez E. Psiquiatría Forense. La Habana. Editorial ONBC. 2018: 73-79
- 22- Nieto R. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6) : 914-922 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-urgencias-psiquiatricas-en-el-hospital-S0716864017301505>
- 23- Cordero J, Cañedo L, Santana D, Rodríguez D. Manual básico para el tratamiento de las urgencias psiquiátricas en la comunidad. **Medisur** [revista en Internet]. 2019; 2(2): Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/63>
- 24- Villagrán J, Lara I, Ruiz-Granados F. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2014; 34(123): 491-506. Disponible en : https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000300004
- 25- Ley de Enjuiciamiento Criminal para las Islas de Cuba y Puerto Rico. Ministerio de Ultramar. 1888. Madrid. Imprenta Ramón Mor y Ricardo Rojas. (Edición Oficial). Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/downloadPdf/ley-de-enjuiciamiento-criminal-para-las-islas-de-cuba-y-puerto-rico/>
- 26- Ley No. de 1977. (República de Cuba). Ley de Procedimiento Penal (Actualizada). 5 de 13 de agosto de 1977. DEROGADA. Disponible en: <https://cuba.vlex.com/vid/ley-no-5-procedimiento-631841997#:~:text=5%2C%20de%20Procedimiento%20Penal,-Consolidated%20Text%20Cited&text=La%20justicia%20penal%20se%20imparte,resoluci%C3%B3n%20dictada%20por%20Tribunal%20competente>
- 27- Proyecto de la Ley del Proceso Penal de la República de Cuba, disponible en: <https://www2.tsp.gob.cu/index.php/documentos/proyecto-de-ley-del-proceso-penal>, visitado en 16 de abril de 2021
- 28- Resolución 100 de 2008. (Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba). Por la cual se establecen la organización de la psiquiatría forense y los criterios generales a observar por los peritos. 7 de abril de 2008. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=148>
- 29- Interpretación psiquiátrica forense de la fórmula de inimputabilidad del nuevo Código Penal cubano de 2022. Revista Medicina Legal de Costa Rica. 2023; 40(2) 54-65



- 30- Resolución 98 de 2008. (Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba). Por la cual se establecen la organización de la psiquiatría forense y los criterios generales a observar por los peritos. 7 de abril de 2008. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=148>
- 31- Barrios L. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007; vol. XXVII: 1033-1059 Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN100.pdf>.
- 32- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria: propuesta de acción [Internet]. Madrid. 2011 Disponible en: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE ACCI%CC%83N_HOSPITALES_PSIQUI%CC%81TRICOS_PENITENCIARIOS.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCI%CC%83N_HOSPITALES_PSIQUI%CC%81TRICOS_PENITENCIARIOS.pdf)

