

EL EMPLEO PÚBLICO EN EL MARCO DE LA PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA: EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

**Luis Fernando
Barrios Flores**

*Doctor en Derecho
Universidad de Alicante*

SUMARIO

I. Introducción. II. Un déficit de larga trayectoria histórica. III. La prevalencia de trastornos mentales en el medio penitenciario. IV. Los estándares internacionales de dotación de recursos humanos y la realidad española. V. Las concausas del problema. 5.1 La ausencia de carrera profesional y el bajo nivel retributivo. 5.2 Las interferencias en la labor clínica. 5.3 Los dilemas ético-legales. VI. Las posibles soluciones. 6.1 La integración de la sanidad penitenciaria. 6.2 La transformación del modelo psiquiátrico-penitenciario hospitalario. VII. Conclusiones. VIII. Bibliografía.

RESUMEN

Desde antiguo la sanidad penitenciaria en España tiene importantes déficits, pero en la actualidad se enfrenta a su mayor crisis. Faltan médicos (de asistencia primaria y psiquiatras). Sus causa principal es la falta de atractivo (escasa retribución y ausencia de carrera profesional) y las dificultades de trabajar en un entorno “duro” (tipo de pacientes) y problemas de doble lealtad (con el paciente, con la institución y con los tribunales).

La estabilización del empleo público requiere, en el caso de la sanidad penitenciaria, “normalizar” tal empleo e implementar el proceso de transferencias al Sistema Nacional de Salud diseñado en 2023. Asimismo sería necesario dar solución al modelo asistencial de los internamientos psiquiátricos por razón penal, equiparándolo a países de nuestro entorno.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría penitenciaria. Sanidad Penitenciaria. Crisis. Déficit de recursos humanos.

ABSTRACT

Prison healthcare in Spain has long had significant deficits, but it is currently facing its greatest crisis. There is a lack of doctors (primary care and psychiatrists). Its main cause is the lack of attractiveness (poor remuneration and lack of professional career) and the difficulties of working in a “hard” environment (type of patients) and problems of dual loyalty (with the patient, with the institution and with the courts).

The stabilization of public employment requires, in the case of prison healthcare, “normalizing” such employment and implementing the transfer process to the National Health System designed in 2023. Likewise, providing a solution to the care model of psychiatric confinements for criminal reasons, equalizing it to countries around us.

KEYWORDS

Prison psychiatry. Prison health. Crisis. Human resource deficits.

I. INTRODUCCIÓN

Al ofertarme el Prof. Pérez Gálvez impartir una ponencia sobre psiquiatría penitenciaria en el XXXII Congreso de la AJS, le comenté la oportunidad de la temática, al cumplirse este año el 40º aniversario de la inauguración en Alicante del mayor Psiquiátrico Penitenciario de España y también la necesidad de afrontar el tema de la psiquiatría penitenciaria –y de la sanidad penitenciaria en general- desde la perspectiva, no tanto de la “estabilización”, sino de la “normalización” del empleo.

El Preámbulo de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, establece unos procedimientos con el objetivo de “disponer de políticas coherentes y racionales de dotación de efectivos... que cubran las necesidades reales de los servicios”. El gran déficit de la sanidad penitenciaria, es precisamente que no existen tales políticas, ni de lejos están cubiertas las necesidades reales de personal. No es pues el tema de fondo en este sector de la sanidad la estabilización del empleo, sino la falta de cobertura del mismo: a 1.9.2023, de las 536 plazas de facultativos penitenciarios contempladas en las RPTs, sólo estaban ocupadas 178.

La Administración penitenciaria viene convocando plazas de facultativos por oposición, pero de 195 plazas ofertadas en Atención Primaria en el período 2018-2022, solo se cubrieron 30; de psiquiatras, se cubrieron 4 de 20. Tampoco se cubrieron las plazas en interinidad¹. Y las bajas de facultativos no cesan por jubilación o excedencia².

Basta asomarse a las páginas de los medios de comunicación escritos –lo cual es extensible a los audiovisuales- para encontrarnos en los últimos años titulares del tipo de: “crisis de la sanidad penitenciaria”, “la sanidad de las cárceles en estado paliativo”, “faltan médicos en las cárceles”, “la sanidad penitenciaria está muriendo por la falta de médicos”, “la falta de médicos de prisiones dispara la tensión: reclusos empastillados sin control”, etc. Estos titulares en modo alguno exageran, a la vista de lo expuesto.

1 La oferta de plazas de personal interino convocadas, con carácter temporal no se cubrió en su totalidad en el año 2020 (65 plazas cubiertas, de 80 ofertadas); CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 75.

2 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España*. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. p. 74. Es llamativa las bajas de médicos penitenciarios entre 2018 (28) y 2021 (56).

II. UN DÉFICIT DE LARGA TRAYECTORIA HISTÓRICA

A finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX disponemos de referencias de la dotación de un Médico-Cirujano³, e incluso de un Médico y un Cirujano en los establecimientos penitenciarios de mayor entidad⁴. También la Ordenanza General de los Presidios del Reino de 1834 contempló la existencia en cada Establecimiento presidial de un Médico-Cirujano, retirado del Ejército o la Armada (art. 167)⁵.

La asistencia sanitaria en prisiones fue un tema recurrente, tanto a nivel internacional, como dentro de nuestras fronteras. El Congreso Penitenciario Internacional de Bruselas de 1900 abordó de forma intensa el papel del facultativo penitenciario⁶. Y autores españoles enfatizaron la relevancia de la asistencia sanitaria penitenciaria (Dorado, en el Congreso citado), e incluso abogaron por la creación de un cuerpo facultativo penitenciario (Arenal)⁷.

En las últimas décadas del XIX hubo cierta indefinición en la selección de médicos penitenciarios. Hubo disposiciones determinando la provisión de puestos por concurso⁸, aunque alguna otra estableciera la libre designación “hasta tanto se organice el personal de los distintos ramos de Sanidad civil”⁹. En esta época se fueron dando pasos para “desmilitarizar” la provisión de puestos de médicos¹⁰.

3 Instrucción formada para el gobierno de la Real Cárcel de esta Ciudad de Cádiz y funciones propias de su Alcayde de 1795; Real Ordenanza para el gobierno de los Presidios Arsenales de la Marina de 20 de marzo de 1804.

4 Real Orden de 19 de septiembre de 1807, sobre Reglamento de Presidios.

5 No ha de extrañar esta procedencia militar, ya que, como describió Tomás y Valiente, “desde el comandante y el mayor, hasta el famoso ‘cabo de vara’, elegido por el comandante entre los penados de mejor disposición y conducta, se introduce en el gobierno de presidios y prisiones una estructura paramilitar”; TOMÁS Y VALIENTE, F. (1978). “Las cárceles y el sistema penitenciario bajo los Borbones”. *Historia 16*. Núm. Extra VII, p. 78. Militarización que, transcurridas varias décadas, recibió la crítica de Concepción Arenal; ARENAL, C. (1877): *Estudios Penitenciarios*, 2ª edic. Madrid. Imprenta de T. Fortanet, pp. 313-314.

6 *Actes du Congrès Pénitentiaire International, de Bruxelles Aout 1900*, Bureau de la Commission Penitentiaire Internationale, Bruxelles et Berne, 1901; DORADO, Pedro (1905): *Los peritos médicos y la justicia criminal*. Madrid, Reus, pp. 238-241.

7 TOMÁS Y VALIENTE, Francisco: “Las cárceles...”, op. cit., p. 84.

8 Reglamento de la Penitenciaría Política, de 10 de mayo de 1874 (*Gaceta de Madrid*, de 13 de mayo).

9 Real Decreto de 23 de junio de 1881 (*Gaceta de Madrid*, de 24 de junio).

10 Decreto de 20 de diciembre de 1873, de reorganización del personal penitenciario (*Gaceta de Madrid*, de 23 de diciembre); *Reglamento para las Cárceles de Madrid aprobado*

Finalmente, el Reglamento Penitenciario de 5 de mayo de 1913¹¹ estableció que el ingreso en la Sección Facultativa sería mediante oposición que, en el caso de los Médicos (formaban parte de dicha Sección también Capellanes y Maestros), versaría sobre las siguientes materias: Patología médica y quirúrgica, Terapéutica., Higiene, Medicina legal y Toxicología, Operaciones y Nociones de legislación penitenciaria. El Tribunal estaría constituido por dos Catedráticos de Medicina, un Jefe de Sección de la Dirección general ó Jefe superior del Cuerpo de Prisiones y un Médico del mismo Cuerpo (art. 29).

El posterior Reglamento Orgánico para los Servicios de Prisiones de 14 de noviembre de 1930¹², contempló las siguientes categorías de Médicos: Jefe Médico (equivalente a Jefe de Negociado de primera clase), Médicos de 1ª clase (equivalentes a Jefe de Negociado de 2ª clase), Médicos de 2ª clase (equivalentes a Jefe de Negociado de 3ª clase), Médicos de tercera clase (equivalentes a Oficiales de Administración de primera clase y Médicos de 4ª clase (equivalentes a Oficiales de Administración de 2ª clase (art. 365). Se concretó que el ingreso de los Médicos de la Sección Facultativa tendría lugar desde las clases inferiores de cada una, mediante oposición (art. 390). Existía pues una cierta carrera profesional.

El sistema de ingreso por oposición se mantendría en el Decreto de 5 de marzo de 1948, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prisiones¹³ (art. 544) y en el Decreto para los Servicios de Prisiones de 2 de febrero de 1956¹⁴ (art. 331).

En otro orden de cosas, por Real Decreto 148/1989, de 10 de febrero, de modificación de la estructura orgánica del Ministerio de Justicia, se creó la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (art. 8). La creación de este órgano tuvo incidencia en varios aspectos: a) abundante convocatoria de plazas del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria; b) homologación en el horario de los médicos penitenciarios con el resto de los funcionarios públicos (en los años anteriores, por Circular del Centro Directivo de 1983 se había fijado en tres horas diarias, al margen de su asistencia al Establecimiento cuando fueran requeridos) y c) instauración del sistema de guardias médicas.

por el Gobierno en 22 de enero de 1874, Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1874; Reglamento de la Penitenciaría Política, de 10 de mayo de 1874; Real Decreto de 13 de diciembre de 1886 (*Gaceta de Madrid*, de 23 de diciembre).

11 *Gaceta de Madrid*, de 11 de mayo.

12 *Gaceta de Madrid*, de 21 de noviembre.

13 *BOE* de 15-31 de mayo y 1-5 y 7-9 de junio.

14 *BOE*, de 15 de marzo.

A lo largo del tiempo, son escasas las referencias en la normativa penitenciaria a los psiquiatras. Por ejemplo, se menciona en el Reglamento para aplicación del Código penal en los servicios de Prisiones, de 24 de diciembre de 1928¹⁵, la figura del Médico-Director del Manicomio penal, que “en su doble carácter será en primer término responsable del tratamiento, régimen y vida disciplinaria de los dementes, y establecerá las clasificaciones y separaciones necesarias, tanto legales como de vida interna, del contingente recluido (art. 75). Esta regulación se reproduce en el art. 83 del Reglamento Orgánico para los Servicios de Prisiones de 14 de noviembre de 1930¹⁶. Y a esta figura se refiere igualmente, para el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario, el art. 123 del Reglamento de los Servicios de Prisiones de 5 de marzo de 1948¹⁷.

Cabe destacar que los actuales Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, nunca han tenido entre sus cuadros directivos (Directores y Subdirectores) ningún psiquiatra. En el caso concreto del Hospital de Alicante, estamos hablando de que ninguno del más de centenar de directivos del Establecimiento ha sido psiquiatra. Caso ciertamente insólito.

III. LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL MEDIO PENITENCIARIO

Ya John Howard, reconocido impulsor de la reforma penitenciaria, expresó su más severa crítica ante la permanencia de enfermos mentales en prisión¹⁸. En España, tanto Salillas¹⁹ como Cadalso²⁰ describieron tal hecho en instituciones penitenciarias españolas.

Este tema no está del todo resuelto, ya que actualmente está ampliamente documentada la prevalencia actual de trastornos mentales en el medio penitenciario²¹, estimándose que el 4,2% de los

15 *Gaceta de Madrid*, de 31 de diciembre.

16 *Gaceta de Madrid*, de 21 de noviembre.

17 *BOE*, de 15 de mayo.

18 HOWARD, J. (1777): *The State of Prisons in England and Wales, with an Account of some Foreign Prisons*. London. p. 16.

19 SALILLAS, R. (1888): *La vida penal en España*. Madrid. Imprenta de la Revista de Legislación, p. 142.

20 CADALSO, F. (1903): *Diccionario de legislación penal, procesal y de prisiones. Tomo II*. Madrid. Imprenta de J. Góngora Álvarez, p. 570.

21 DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS-SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2007): *Estudio sobre salud mental*

reclusos padecen trastornos mentales graves²². Y hay un dato muy objetivo que lo corrobora, al margen de los datos epidemiológicos. A lo largo del período 2016-2021 es llamativo el hecho de que mientras el gasto farmacéutico general ha disminuido, el gasto en fármacos neurolépticos se ha incrementado notablemente²³, lo que contrasta con el descenso en tratamientos contra la Hepatitis C y antirretrovirales.

Precisamente tal prevalencia ha justificado la instauración en los Centros penitenciarios ordinarios del Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), especialmente destinado a sujetos con trastorno mental grave²⁴

en el medio penitenciario. Madrid; CALVO ESTOPINÁN, P., SOLER GONZÁLEZ, C., DÍA SAHÚN, J.C., VENTURA, FACI, T. (2008): "Prevalence of psychiatric disorders on patients admitted by the Psychiatric Service in the Security Area of H.U.M.S. (University Hospital «Miguel Servet»". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 10, núm. 3, pp. 69-72; VICENS, E., TORT, V., DUEÑAS, R.M., MUÑO, A., PÉREZ-ARNAU, F., ARROYO, J.M., et al. (2001): "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons". *Criminal Behaviour Mental Health*, Vol. 21, núm. 5, pp. 321-332; MARÍN-BASALLOTE, N. Y NAVARRO-REPISO, C. (2012): "Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 3, pp. 80-85; ARNAU-PEIRO, F., GARCÍA-GUERRERO, J., HERRERO-MATÍAS, A., CASTELLANO-CERVERA, J.C., VERA-REMARTÍNEZ, E.J., JORGE-VIDAL, V., et al. (2012): "Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 2, pp. 20-31; ZABALA-BAÑOS, M., SEGURA, A., MAESTRE-MIQUEL, C., MARTÍNEZ-LORCA, M., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B., ROMERO, M., et al. (2016): "Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 18, pp. 13-24; LÓPEZ ALVAREZ, M., SAAVEDRA MACÍAS, F.J., LÓPEZ PARDO, A., LAVIANA CUETOS, M. (2016): "Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España)". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 9, pp. 76-85; ARNAU, F., GARCÍA-GUERRERO, J., BENITO, A., VERA-REMARTÍNEZ, E.J., BAQUERO, A., HARO, G. (2020): "Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services". *Journal of Forensic Sciences*, Vol. 65, núm. 1, pp. 160-165; GALÁN CASADO, D., RAMOS-ABALOS, E., PINAZO, A., AÑANOS BEDRIÑADA, F. (2021): "Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva socioeducativa y de género". *Psychology Society & Education*, Vol. 13, pp. 85-98; SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2023): *Informe General 2022*, Madrid.

22 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 56.

23 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 87.

24 SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS-DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN TERRITORIAL Y MEDIO ABIERTO (2009): *Protocolo para la aplicación del Programa Marco de Atención a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Madrid [PAIEM renovado, 2013].

y del que se beneficia un importante número de internos²⁵.

Para la implementación del PAIEM se crean los Equipos Multidisciplinares de Salud Mental, en los que participan Psicólogos, Educadores, Trabajadores Sociales...). Se indica que "siendo en todo caso entre ellos imprescindible el médico, personal de enfermería y a ser posible también el psiquiatra que trate al interno". Es decir, la presencia de un psiquiatra no es preceptiva, solo tendrá lugar "a ser posible".

Se barajan diversas hipótesis sobre la prevalencia de la enfermedad mental en prisión. Pérez y Martínez señalan las siguientes: a) la derivación al sistema penal/penitenciario tras el cierre de los hospitales psiquiátricos; b) reiteración delictiva ocasionada por la enfermedad mental; c) consumo de drogas; d) falta de acceso a tratamientos de salud mental y e) mayor efectividad en la detección de trastornos en el medio penitenciario. Aunque estos autores concluyen que dichas hipótesis no son del todo sólidas o concluyentes²⁶.

Pero, aun reconociendo que alguna incidencia habrá que reconocer a dichos factores, lo cierto es que la prevalencia de trastornos mentales en prisión, también en buena medida puede explicarse por la falta de detección de dichos trastornos en momentos previos a la comisión del delito y durante la detención policial²⁷. Déficit que se extiende a la fase de enjuiciamiento²⁸, e incluso durante la ejecución de la sentencia. En todos los casos el motivo es similar, la insuficiencia de recursos para el diagnóstico y el

25 En 2021, el PAIEM estaba implementado en 65 de los 66 centros penitenciarios de la Administración Penitenciaria, participando un total de 1.834 personas. Entre 2018 y 2021, el número total de personas incluidas en el programa PAIEM fue similar, siendo siempre superior a 1.800 personas; CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 89.

26 PÉREZ MARTÍNEZ, Enrique y HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano: "Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 42, núm. 141, 2022, p. 253.

27 HERRERA VALENCIA, Rafael y HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano: "I. Introducción. Pacientes mentales en prisión. Sufrimiento mental de los pacientes", en: HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano y HERRERA VALENCIA, Rafael (Coords.): *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003, pp. 27-31.

28 SHAW, J., CREED, F., PRICE, J., HUXLEY, P. y TOMENSON, B.: "Prevalence and detection of serious psychiatric disorder in defendants attending court", *The Lancet*, Vol. 353, núm. 9158, 1999, pp. 1053-1056. CUENCA GÓMEZ, Patricia: "El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 42, núm. 141, 2022, pp. 142-143 y 152.

tratamiento, especialmente en el caso de sujetos con inimputabilidad total o parcial que cumplen medidas de seguridad en Centros penitenciarios ordinarios.

IV. LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LA REALIDAD ESPAÑOLA

De la relevancia de la atención a la salud mental en el medio penitenciario se han hecho eco varios instrumentos internacionales de referencia. En el ámbito de Naciones Unidas, la Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)²⁹, exigen que todo Establecimiento penitenciario cuente con un servicio de atención sanitaria para evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental, de carácter interdisciplinario y que posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría (Regla 25), debiendo gozar los reclusos de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior (Regla 24.1). Además, en relación con los reclusos con discapacidades o enfermedades mentales, se afirma que: a) no deberán permanecer en prisión los considerados no responsables penales, debiendo llevarse a cabo el traslado a centros de salud mental y b) el resto de reclusos con discapacidades o enfermedades mentales deben ser observados y tratados en centros especializados (Regla 109).

En el ámbito del Consejo de Europa, las Reglas Penitenciarias Europeas³⁰, disponen que el servicio médico penitenciario ha de garantizar el tratamiento psiquiátrico de todos los internos, pero a la vez establecen que han de organizarse centros o secciones penitenciarias especializadas para la observación y tratamiento de los internos afectados por problemas mentales (Regla 47). Junto a lo anterior, la Regla 12.1 señala que “los enfermos mentales cuando su estado de salud sea incompatible con la detención en una prisión deberán estar ingresados en un establecimiento especial concebido a tales efectos”.

En cuanto a la ubicación de los internos con trastornos mentales, es preciso traer a colación la consolidada doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, interpretando el art. 5.1.e) del Convenio Europeo de Derechos Humanos³¹,

29 Aprobadas por la Asamblea General por Resolución de 17 de diciembre de 2015.

30 Aprobadas por Recomendación Rec (2006)2, del Comité de Ministros a los Estados miembros, el 11 de enero de 2006. Revisadas el 1 de julio de 2020.

31 BARRIOS FLORES, L.F. (2020): “Los derechos del

rechazando la admisibilidad del internamiento en Centros penitenciarios ordinarios³², e incluso considerando inaceptable el ingreso en anexos psiquiátricos de Centros penitenciarios³³.

El régimen jurídico de la sanidad penitenciaria, tiene las peculiaridades propias de un medio ciertamente especial³⁴. La moderna configuración de los Cuerpos Penitenciarios, se inicia a partir de la Ley 39/1970, de 22 de diciembre, sobre reestructuración de Cuerpos. En su art. 3º. Dos estableció que “la actual Escala Facultativa de Sanidad de Prisiones pasará a denominarse Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria”. Esta Ley previó la existencia de psiquiatras pertenecientes al Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias, integrado por funcionarios que “realizarán las funciones propias de su especialidad”, debiendo “acreditar los conocimientos de la especialidad de que se trate” (Criminología, Psicología, Pedagogía, Psiquiatría, Endocrinología, Sociología y Moral) (art. 2º. Uno y Dos). También estableció que la plantilla de médicos estaría integrada por 59 plazas y la de Técnicos Ayudantes Sanitarios por 170 plazas. Esta dotación se incrementó a 135 y 220 plazas por Ley 30/1982, de 1 de julio.

El problema es que la plantilla de psiquiatras era mínima: por lo general la integraba el Inspector de Sanidad Penitenciaria y 2-3 plazas en el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. La ausencia de psiquiatras en las plantillas de los Establecimientos penitenciarios tiene mucho que ver con el fracasado intento de introducir esta figura durante los debates de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP, en adelante). El Grupo Parlamentario Socialistas de Catalunya presentó una enmienda al art. 36.1 LOGP, postulando que en

internado por razón penal en el ámbito del Consejo de Europa”. En KRAUT, A.J. (Dtor.) y SOSA, G.L. (Coord.): *Derechos humanos y salud mental. Una mirada interdisciplinaria. Tomo II*. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni, pp. 474-478.

32 SSTEDH, 18.12.2007, *Dybeku c. Albania*, §§ 43-52; 20.1.2009, *Slawomir Musial c. Polonia*, § 97; 13.1.2011, *Kallweit c. Alemania*, § 57; 28.6.2012, *S. c. Alemania*, § 97; 10.1.2013, *Swennen c. Bélgica*, § 82.

33 SSTEDH, 2.10.2012, *L.B. c. Bélgica*, § 101; 10.1.2013, *Claes c. Bélgica*, §§ 42-69 y 70-72; 10.1.2013, *Dufoort c. Bélgica*, §§ 37-62 y 63-65; 10.1.2013, *Swennen c. Bélgica*, §§ 29-53 y 54-56; 9.1.2014, *Plaisier c. Bélgica*, §§ 53-57; 9.1.2014, *Moreels c. Bélgica*, §§ 55-59; 9.1.2014, *Saadouni c. Bélgica*, §§ 61-65; 9.1.2014, *Gelaude c. Bélgica*, §§ 50-54; 9.1.2014, *Caryn c. Bélgica*, §§ 41-45; 9.1.2014, *Oukili c. Bélgica*, §§ 52-56; 9.1.

2014, *Van Meroye c. Bélgica*, §§ 82-86; 18.7.2017, *Rooman c. Bélgica*, §§ 99-101

34 Vid. BARRIOS FLORES, L.F. (2013). “Régimen jurídico de la sanidad penitenciaria”. En PALOMAR OLMEDA, A. y CANTERO MARTÍNEZ, J. (Dirs.) y LARIOS RISCO, D., GONZÁLEZ GARCÍA, L. y DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. (Coords.): *Tratado de Derecho Sanitario. Vol. 1*. Cizur Menor (Navarra). Thomson-Reuters/Aranzadi, pp. 217-251.

cada Centro existiera un médico general y un psiquiatra³⁵, razonando que este último era necesario a la vista del “alto nivel de desarreglos psicológicos y anormalidades mentales que produce la reclusión y su frecuencia entre la población penitenciaria”. Pero esta enmienda no prosperó, y el art. 36.1 LOGP se limitó a disponer que “en cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos... el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas”. En la doctrina también algún autor defendió que hubiera sido deseable que en cada Centro existieran al menos dos médicos penitenciarios, uno especializado en neurología y psiquiatría, ya que “habida cuenta de los enormes progresos de la ciencia, un médico general, aunque se le exijan conocimientos de psiquiatría, pueda cumplir adecuadamente su misión”³⁶.

El primer reglamento de desarrollo de la LOGP, aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo (BOE, de 23 de junio) (RP 1981, en adelante), contiene dos preceptos de particular interés, máxime si se tiene en cuenta que los mismos no han sido derogados por el vigente Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el vigente Reglamento Penitenciario (BOE, de 15 de febrero) (RP, en adelante), si bien se han visto degradados en su rango normativo, en virtud de su Disp. Trans. 3ª, a nivel de Resoluciones del Centro Directivo.

El art. 288 RP 1981 describe las funciones de los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria y entre ellas el descubrimiento de posibles enfermedades físicas o mentales y velar por la salud física y mental, prestando la debida asistencia facultativa. Eso sí, reconoce que en los Establecimientos en donde haya psiquiatra, corresponderá a este “los reconocimientos en orden a descubrir posibles anomalías mentales y los tratamientos médico-psiquiátricos con la colaboración del Médico”. En definitiva, ante la práctica inexistencia de psiquiatras en los Centros penitenciarios, recaía –y recae– la asistencia psiquiátrica intramuros en los Facultativos de Sanidad Penitenciaria, habida cuenta de sus “conocimientos psiquiátricos” (ex art. 36.1 LOGP).

Por su parte, el art. 284 RP 1981 enumera las funciones de los psiquiatras penitenciarios. Llama la atención que, tal y como está redactado, parece

dar a entender que existen psiquiatras en los Centros penitenciarios ordinarios. Sólo existe una referencia expresa a donde sí los hay (“Centros Especiales Psiquiátricos”), para encomendarles la organización de los servicios médicos, aunque esto solo tuvo lugar hasta el 1 de agosto de 1989, en que fue cesada la psiquiatra titular de la Jefatura de Servicios Médicos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, por no poseer el título de Especialista en Cirugía, aunque jamás hubo, ni ha habido, actividad quirúrgica en dicho Hospital. Singularidades de la Administración penitenciaria.

Dejando de lado la perspectiva normativa, interesa analizar la realidad asistencial en salud mental. La Oficina Europea de Organización Mundial de la Salud ha estimado plausible en esta región una tasa de 8 médicos penitenciarios y 1,3 psiquiatras por cada 1000, estimando que esta última tasa es insuficiente, habida cuenta de los altos niveles de drogadicción y trastornos mentales en prisión³⁷. Pero en el caso de España la *ratio* de médicos era de 5,2/1000³⁸ y la de psiquiatras en plantilla –no contabilizados los médicos consultores– era de 0,2/1000³⁹. De hecho, excluidos los dos psiquiátricos penitenciarios gestionados por la Administración central, en 2019 solo se contaba con un psiquiatra en plantilla en el Centro Penitenciario Madrid II⁴⁰.

En el caso concreto de los Psiquiátricos Penitenciarios, a título comparativo con otros establecimientos de similares características a los Psiquiátricos penitenciarios españoles en fechas relativamente recientes, tenemos los siguientes resultados: en Francia e Italia las Unidades destinadas a este fin –luego se aludirá a ellas– disponen, o debieran disponer, de un psiquiatra cada 20 pacientes. En el Reino Unido en el New Broadmoor Hospital (equivalente en capacidad al Psiquiátrico Penitenciario de Alicante), la *ratio* era similar. En Alemania, la *ratio* –que difiere por su estructura federal–, viene a ser de entre 1/15-30. En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante en la fecha en que se redacta esta ponencia había una *ratio* psiquiatras/pacientes de 1/125. Sobran comentarios.

La falta de psiquiatras en plantilla, ha pretendido amortiguarse con la contratación de psiquiatras

35 GARCÍA VALDÉS, C. (1981): *La reforma penitenciaria española. Textos y materiales para su estudio*. Madrid. Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, p. 182.

36 DEL RÍO Y PARDO, F. (1986): *Asistencia sanitaria*. En COBO DEL ROSAL, M. y BAJO FERNÁNDEZ, M.: *Comentarios a la Legislación Penal, T. VI, Vol. 11. Ley Orgánica General Penitenciaria*. Madrid. Edersa. p. 527.

37 WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023): *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, pp. XII y 40.

38 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 69.

39 WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023): *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, p. 407.

40 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 75.

consultores a tiempo parcial. Según testimonios recabados por los médicos penitenciarios que han participado en la elaboración del Libro Blanco que aquí se ha citado, estos tienen una dedicación aproximada de 3 horas semanales⁴¹. Es un dato que da buena muestra del nivel asistencial. Llama la atención que el 61% provienen del sector público⁴², siendo notablemente flexible con estos profesionales la Administración penitenciaria en el cumplimiento de la legislación de incompatibilidades, que contrasta con el rigor que impone en el cumplimiento de la misma a los facultativos penitenciarios (por ejemplo, en algunos casos negándoseles la compatibilidad con la condición de Profesor Asociado de Universidad).

V. LAS CONCAUSAS DEL PROBLEMA

La sanidad penitenciaria ha pasado en las últimas décadas períodos especialmente tensos y complejos (la epidemia del VIH y de la Hepatitis C, huelgas de hambre por motivos reivindicativos –GRAPO y ETA-). Otros perduran a través del tiempo. A mero título de ejemplo, el preocupante número de conductas autolíticas, la alta prevalencia de los trastornos mentales –solos o en compañía de adicciones (patología dual)-, agresiones a terceros, ... Todos estos factores nos sitúan en un contexto particularmente conflictivo para la práctica asistencial. Mas, limitándonos a causas más concretas del déficit actual de personal de la sanidad penitenciaria –ya convertido en crónico- cabe apuntar las siguientes.

5.1 La ausencia de carrera profesional y el bajo nivel retributivo

La carrera profesional es un incentivo nada desdeñable en la trayectoria de cualquier empleado público. El art. 14.b) del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP, en adelante), afirma que los empleados públicos tienen el derecho “al desempeño efectivo de las funciones o tareas propias de su condición profesional y de acuerdo con la progresión alcanzada en su carrera profesional”. Añadiendo en su art. 16.2 que “la carrera profesional es el conjunto ordenado de oportunidades de ascenso y expectativas de progreso profesional conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad”. Parece obvio que si no existe “carrera” desaparece buena

41 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 75.

42 CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco...*, op. cit., p. 77.

parte de la motivación que pudiera tener un profesional sanitario⁴³.

Centrándonos en el capítulo sanitario, de hecho, la existencia de carrera profesional, como “derecho”, aparece reconocida en el art. 41.1 Ley 16/2003, de 18 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS)⁴⁴ y en el art. 40.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud⁴⁵. En ambas normas se reconoce “el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios”. Con más detalle, el art. 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se refiere al “desarrollo profesional”. A partir del año 2006 se iniciaron los procesos de negociación sobre carrera profesional en las Mesas sectoriales de las Comunidades Autónomas.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, afirma en su art. 44, que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud (SNS), del cual forman parte “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”. Luego, queda a las claras que la Sanidad penitenciaria, en cuanto servicio de salud de la Administración del Estado, forma parte del SNS. Ahora bien, mientras que en el caso de las Comunidades Autónomas la cuestión estuvo clara, no tanto lo estuvo la incardinación de algunos servicios de salud del Estado, hasta el punto que -con cierta tardanza- la LCCSNS dispuso la transferencia a las Comunidades Autónomas de la sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª), mandato claramente incumplido, como luego se verá.

Ciertamente, el personal sanitario penitenciario no tiene el régimen estatutario de la Ley 55/2003, pero habrá que reconocer que sí forma parte del SNS y le es de aplicación la LCCSNS; luego por tanto,

43 SIMÓ MIÑANA, J. y CHINCHILLA ALBIOL, N.: “Motivación y médico de familia (I)”, *Atención Primaria*, Vol. 28, núm. 7, 2001, pp. 494-490.

44 “La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios”.

45 “La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios”.

debiera tener derecho a la carrera profesional. La realidad es bien distinta. En la institución penitenciaria, la carrera profesional es inexistente. Es decir, un médico o un psiquiatra pueden permanecer en el mismo puesto de trabajo a lo largo de su trayectoria de décadas. En el caso de los enfermeros, existe al menos la posibilidad de que accedan al puesto de “Supervisor de Enfermería” -sólo eso-. Pero, como acaba de decirse, médicos y psiquiatras solo pueden aspirar a un ascenso por la vía de nombramientos de libre designación (Director o Subdirector), con excepción de los escasos puestos de Jefe de los Servicios Médicos a los que se accede por concurso. Es decir, “sus expectativas de ascenso” dependen no de criterios objetivos, sino de otros subjetivos (“apreciación discrecional”, art. 80.1 EBEP), en buena medida más que discutibles. Es decir la “carrera”, en la 7ª acepción del Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, es la “profesión o actividad que exige una formación académica previa y, generalmente, la superación de un concurso público para acceder a aquella”. La “carrera”, bien entendida está relacionada con la posibilidad de concursar, el sistema selectivo que mejor materializa el principio de igualdad, mérito y capacidad del art. 103.3 CE. Y, como acaba de decirse, es inexistente en la sanidad penitenciaria no traspasada a las Comunidades Autónomas.

Sobre el sistema de libre designación se han escrito muchas páginas. Hace más de un siglo el Diputado Puig Llagostera presentó una proposición de Ley que debería seguir siendo objeto de reflexión: “Se trata de reglamentar, moralizar la administración pública haciéndola en todos sus ramos una carrera honrosa y honrada, exenta por completo de las influencias y oscilaciones políticas; es decir, a separar completamente la administración y la política”⁴⁶.

Abusos ha habido de todo tipo y de ello tenemos sobrada muestra en la sanidad penitenciaria. Desde nombramientos vinculados a directrices políticas⁴⁷, hasta otros carentes de cualquier respaldo normativo⁴⁸. Y, otros, para qué negarlo, por mera afinidad

46 MARCOS PASCUAL, E. (2020): “La carrera administrativa de los funcionarios públicos frente a la libre designación. Especial consideración de las intervenciones en la proposición de Ley 1876 del Diputado Sr. Puig y Llagostera”. *Revista de Derecho UNED*. Núm. 26, p. 314.

47 A raíz de las huelgas de hambre protagonizadas por reclusos del GRAPO en varios Establecimientos penitenciarios, hubo más de un facultativo de sanidad penitenciaria que se vio recompensando con un ascenso a cargos directivos, por seguir las directrices de la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, partidaria de la alimentación forzosa, llegado el caso.

48 A comienzo de los años 90 del pasado siglo, se produjeron una serie de nombramientos de Directores Gerentes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, cuando menos peculiares. Tal puesto era inexistente en las Relaciones de

personal. Por tanto, aun admitiéndose para determinados cargos la libre designación, la cuestión radica en cuando se utilizan las facultades para tal tipo de nombramientos para favorecer a empleados por razones de fidelidad personal o afinidad ideológica⁴⁹. Es decir, en palabras de Lorenzo de Menbiela, “razones *infrajurídicas*”⁵⁰.

También fueron razones ajenas a lo jurídico las que hicieron posible que durante casi dos décadas las plazas de psiquiatras penitenciarios estuvieran enmascaradas en convocatorias no del Cuerpo Técnico-Especialidad de Psiquiatría, sino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Sólo algunos profesionales eran conocedores de que, tras una oposición de Atención Primaria –y con el mismo temario- existía la posibilidad de optar a una plaza de psiquiatra. Este cambio no fue nada inocente⁵¹.

Y el problema no es sólo cualitativo, sino también cuantitativo. En el ámbito sanitario penitenciario, a nivel estatal –territorio gestionado por el Gobierno central-, había en el último Informe General disponible –sin contar el Centro Directivo- 42 puestos de libre designación en la sanidad penitenciaria periférica⁵².

Puestos de Trabajo y, por supuesto, nunca fueron convocados. Fueron nombramientos discrecionales al margen de cualquier procedimiento de provisión de puestos de trabajo. Ello motivó un hecho sorprendente. La Delegación de Hacienda de Alicante, al no reconocer la firma de tales Gerentes en la documentación que la misma debía tramitar y, en su caso, aprobar, provocó que el Centro Directivo penitenciario acudiera al recurso de elevar el complemento de destino del Subdirector de Régimen del Centro –segunda autoridad del Establecimiento- hasta un nivel equiparable al de Director de un Centro penitenciario, encomendándole la firma de tal documentación. No fueron los únicos nombramientos singulares, ya que por aquel entonces fue nombrada una Subdirectora Médica siendo funcionaria en prácticas del Cuerpo de Sanidad Penitenciaria.

49 SÁNCHEZ MORÓN, M. (2020): “‘Libre’ designación y ‘libre’ cese en la función pública: los límites de la discrecionalidad”. *Revista de Administración Pública*. Núm. 211, p. 16.

50 LORENZO DE MEMBIELA, J.B. (2004): “De la profesionalización administrativa a las cesantías y de la libre designación al cese en el ámbito de la Administración periférica”. *Revista Galega de Administración Pública*. Núm. 38, p. 111.

51 En Madrid, la práctica totalidad de los psiquiatras penitenciarios estaban expedientados; RENDUELES OLMEDO, Guillermo: “Tratamiento Penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar”, en HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano y HERRERA VALENCIA, Rafael (Coords.): *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003, p. 258. Al enmascararse en la forma antedicha las convocatorias, el psiquiatra que accedía a Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, en caso de ser sancionado, en el momento de su reingreso al servicio activo podía ser destinado a una plaza de “médico general”.

52 SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2023): *Informe General 2022*, Madrid, p. 200.

La cuestión de la libre designación tiene su enjundia, ya que si se puede nombrar a unos empleados públicos por este sistema de provisión de puestos mediante la “apreciación discrecional por el órgano competente de la idoneidad de los candidatos”, también pueden ser cesados “discrecionalmente” (art. 80.1 y 3 EBEP). Aunque obviamente hay unos límites a la discrecionalidad⁵³, y hemos tenido muestra del control jurisdiccional sobre ceses en el seno del Ministerio del Interior (Guardia Civil)⁵⁴, pero también en Instituciones Penitenciarias⁵⁵.

En cuanto al bajo nivel retributivo de los sanitarios penitenciarios, éste es más que patente, constituyendo uno de los principales hándicaps que justifica la falta de atractivo de los profesionales sanitarios para optar a su incorporación en las instituciones penitenciarias. Varía la diferencia retributiva entre el personal de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas y el personal sanitario penitenciario, pero cabe estimar que se sitúa, al menos, entre 600-1000 euros al mes en las retribuciones fijas. La diferencia es aún más notable en el caso de las llamadas “guardias médicas”. Por citar un caso comparativo. Entre los médicos del Servicio de Salud de la Comunidad Valenciana y los que prestan servicio en Establecimientos penitenciarios de esta Comunidad, la diferencia en la actualidad es la siguiente por guardia en días laborales: Comunidad Valenciana, 28,37 euros/hora; Instituciones Penitenciarias, 15,99 euros/hora. La diferencia es aún mayor en el caso de guardias de sábados, domingos o festivos.

53 SÁNCHEZ MORÓN, M. (2020): “‘Libre’ designación y ‘libre’ cese en la función pública: los límites de la discrecionalidad”. *Revista de Administración Pública*. Núm. 211, pp. 1-35; GIL CELEDONIO, J.A. (2021): “El sistema de libre designación como figura de provisión de puestos de trabajo. Límites jurisprudenciales y autolimitaciones administrativas en la Administración General del Estado”. *Anuario de la Facultad de Derecho. Universidad de Extremadura*. Núm. 37, pp. 471-509.

54 El Tribunal Supremo, en fecha bastante reciente, abordó el caso del cese de un reconocido mando de la Guardia Civil, confirmando la resolución de instancia dejando sin efecto dicho cese; STS 3ª, Sec. 4ª, 29.3.2023, Pte. Requero Ibáñez (ROJ: STS 1019/2023) y SAN (C-A), 8ª, 31.3.2021, Pte. Salgado Carrero (ROJ: SAN 885/2021). En la sentencia de instancia se dijo (FJ 15): “La legalidad no puede ser arrinconada por la discrecionalidad. Por el contrario, las potestades discrecionales deben ejercitarse dentro de la legalidad. El actuar discrecional no puede ser un medio para atentar contra la legalidad o menoscabar la legalidad a la que todos, en definitiva, estamos sujetos. Es por ello que el ejercicio de las potestades discrecionales está sujeto al control jurisdiccional en los términos expuestos”.

55 SAN (C-A), Sec. 5ª, 1.4.2009, Pte. Gil Ibáñez (ROJ: SAN 1447/2009). Se planteó el caso del cese de una Subdirectora Médica del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, que había nombrada por libre designación. Tras reconocer la Sala, que el acto de cese no es sino una mera expresión de la facultad discrecional de la autoridad competente, ahonda en los motivos del cese, que no fueron otros que de índole ideológica, tras “la aparición en su despacho de un cartel de evidente intencionalidad política y la siguiente presión de algunos sindicatos”. Se acordó por consiguiente la revocación del cese.

5.2 Las interferencias en la labor clínica

Las interferencias en la labor clínica de los sanitarios penitenciarios se produce en distintos planos. Señalaremos solo algunos de ellos.

A nivel del Centro Directivo se han impartido instrucciones más que discutibles. Sólo dos ejemplos (uno concerniente a las directrices político-administrativas de la clasificación penitenciaria; otro, sobre prescripción de fármacos por los facultativos penitenciarios).

El primero se refiere a cuando la entonces Dirección General decidió el traslado de los internos psicópatas del Centro Penitenciario de Huesca a un Ala del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, a raíz de un informe muy crítico en 1983 de la Asociación Pro Derechos Humanos, sobre las lamentablemente ciertas condiciones de la Prisión de Huesca. El Psiquiátrico de Alicante realmente no reunía condiciones para alojar a dicho colectivo (razones de seguridad, escasez de plantilla, inadecuada coexistencia en un mismo Establecimiento de pacientes mentales y “psicópatas”,...). Todo el personal del Hospital, encabezados por su primer Director, expusieron razonadamente tales aspectos al Centro Directivo. Pero la respuesta, más política que científica, vino dada por un escrito remitido por el Inspector de Sanidad Penitenciaria el 17 de diciembre de 1986, que no tiene desperdicio, ya que buena parte de la población penitenciaria y una parte relevante de la población española podría –según el mismo– ser calificada de “psicópata”⁵⁶. Ciertamente un absurdo.

El segundo ejemplo, tiene que ver con el tema de las prescripciones médicas (aunque este tema, hay que advertirlo, trasciende en ocasiones el ámbito penitenciario. La Instrucción 13/2011, de 30 de septiembre, del Director General de Coordinación Territorial y Medio Abierto, sobre prescripción, adquisición, dispensación y sustitución de productos farmacéuticos estableció que la Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias “es la referencia obligada para la prescripción de los

56 “Dentro de los rasgos de las personalidades psicopáticas se encuentran: la inadaptabilidad, la impulsividad, la agresividad, la desconfianza, la carencia de sentimientos de culpabilidad, la temporalidad del presente, la falta de planificación de futuro, la oposición, rebeldías, comportamientos alcohólicos o drogofílicos, no aceptar la autoridad, no modificar su comportamiento a los castigos, ni las recompensas, etc. etc., por tanto todos los internos que presentan en sus comportamientos alguno o varios de estos rasgos, encajan dentro del amplio espectro de los psicópatas y el Centro Asistencial que corresponde ingresarles, es el Centro Penitenciario Asistencial Psiquiátrico de Alicante”; CÁCERES LESCARBOURA, A. (1992): *Los habitantes del pozo (Vida y muerte en una cárcel-manicomio)*. 2ª edic. Alicante. Agua Clara, p. 295.

medicamentos”, a la vez que dispuso la existencia de un Programa de Intercambio Terapéutico (PIT) de obligado cumplimiento. La Instrucción se basó en la noción de “equivalente terapéutico”.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos presentó el 22 de febrero de 2012 recurso contencioso-administrativo contra la Instrucción 13/2011. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid acordó desestimar el recurso⁵⁷. Sin embargo, el Tribunal Supremo casó esta sentencia⁵⁸ y reconociendo la posibilidad de sustitución de medicamentos en casos excepcionales, entendió que la Instrucción 13/2011 se había excedido de la normativa legal y, además, aludía a un “principio de equivalencia terapéutica” (“que no está contemplado en la Ley 29/2006”), ya que el medicamento sustituyente “deberá tener igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación”.

Si traemos a colación este episodio es porque ilustra bien las no inusuales formas de actuar de la Administración penitenciaria. Se adopta una decisión desde el Centro Directivo, incumpliendo dos requisitos: a) verificar antes su adecuación al marco legal y b) contar con la opinión técnica del personal involucrado.

El primer aspecto es el más preocupante, ya que no es inusual que se produzca un desbordamiento del marco legal y reglamentario vía normas de carácter infrareglamentario (Circulares, Instrucciones, Órdenes de Servicio), que no siempre respetan el principio de jerarquía normativa proclamado por el art. 9.3 CE. Este comportamiento es signo distintivo de frecuentes actuaciones de la Administración penitenciaria – en el orden sanitario o en general⁵⁹– y olvida por consiguiente cuál es el ámbito propio de Instrucciones y Órdenes de Servicio (art. 6 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

El segundo aspecto tampoco es irrelevante, ya que ninguna Administración pública debiera minusvalorar las aportaciones de sus empleados (muchos errores podrían evitarse).

A nivel de los Directores y Mandos de los Establecimientos penitenciarios, el rol de los mismos les sitúa en un *status* que, en ocasiones, es difícilmente coherente con el quehacer sanitario. Al fin y al cabo, se trata de directivos en su inmensa mayoría carentes de conocimientos sanitarios.

57 STSJ Madrid (Sec. 8ª, C-A), 16.5.2013, Pte. Inés María Huerta Garicano (CENDOJ 28079330082013100345).

58 STS 3ª (Sec. 3ª), 18.3.2016, Pte. Eduardo Calvo Rojas (CENDOJ 28079130032016100110).

59 A título de ejemplo, STS 3ª, Sec. 5ª, 17.3.2009, Pte. Peces Morate (ROJ: STS 2555/2009).

En el caso de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios el modelo organizativo, prácticamente es copiado del de los Centros Penitenciarios ordinarios, por lo que no es de recibo en una institución hospitalaria, hecho que ha sido puesto de manifiesto no sólo por la doctrina⁶⁰, sino también por el Defensor del Pueblo⁶¹.

En la gestión diaria de incidentes, frecuentemente se demanda la intervención médica para su resolución, a veces sin que exista una relación constatada del incidente con el estado de salud del interno. Se presume, inadecuadamente, que un incidente violento protagonizado por un interno, supone por sí mismo una manifestación de una alteración conductual que justifica la intervención médica, mediante la sujeción farmacológica. Con ello se produce la “medicalización/psiquiatrización” del régimen penitenciario.

Se enmascara así, en más de una ocasión, que el origen del incidente puede ser debido a una inadecuada clasificación interior, una falta de seguimiento de la conducta del interno (más por falta de recursos humanos que por displicencia del personal de vigilancia), ... Se deriva al médico la resolución del caso –por lo general, a través de la administración de fármacos⁶² o al empleo de medios coercitivos ¿por auténtica indicación terapéutica?⁶³– para no afrontar el problema de base. Son fácilmente imaginables las presiones que los facultativos penitenciarios soportan en el escenario descrito.

5.3 Los dilemas ético-legales

La práctica médica en general y la psiquiátrica en particular, se enfrentan a importantes problemas

60 BARRIOS FLORES, L.F. (2007): “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Núm. 100, p. 481-485.

61 El Defensor del Pueblo, al resolver la queja núm. 13024211 hizo la recomendación de “adoptar las medidas necesarias para dotar a la estructura organizativa de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Fontcalent (Alacante/Alicante) de un carácter más asistencial, con el fin de que dichos centros se asemejen a instituciones hospitalarias”. La Administración rechazó la recomendación.

62 BARRIOS FLORES, L.F. (2011): “Tratamientos sanitarios involuntarios (Cap. 25)”. En DELGADO BUENO, S. y BANDRÉS MOYA, F. (Coords.): *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo I. Volumen I. Derecho sanitario y Medicina Legal del Trabajo*. Barcelona. Bosch, pp. 589-611.

63 BARRIOS FLORES, L.F. (2007): “El empleo de medios coercitivos en prisión: Indicaciones regimentales y psiquiátricas”. *Revista de Estudios Penitenciarios*. Núm. 253, pp. 61-100; BARRIOS FLORES, L.F. (2013). “Medios coercitivos en psiquiatría: contención y aislamiento” (Cap. 275). En DELGADO BUENO, S. y MAZA MARTÍN, J.M. (Coords): *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense*. Barcelona. Bosch, pp. 567-585.

ético-legales en el medio penitenciario⁶⁴. Interesa aquí destacar dos de ellos: el problema de la doble lealtad y la imparcialidad del sanitario penitenciario que actúa en calidad de perito o de testigo-perito en el proceso penal.

La relación (alianza) terapéutica se fundamenta en una relación de confianza. De “amistad” hablaron desde Platón⁶⁵, hasta Pedro Laín Entralgo⁶⁶ o Diego Gracia⁶⁷. La confianza es esencial en la relación médico-paciente⁶⁸, y dicha confianza se traduce en confidencia⁶⁹. Confianza y confidencia son los ejes básicos sobre los que gira la relación terapéutica⁷⁰. La confianza aparece recogida en numerosos textos deontológicos⁷¹. Por su parte la confidencialidad está consagrada en el art. 7 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). De dicha confianza y confidencia deriva el principio de lealtad del médico a su paciente⁷². El conflicto de lealtades que se produce cuando un psiquiatra actúa en el

contexto de su pertenencia a una institución pública fue objeto de un detenido estudio en un informe del Hasting Center⁷³.

Pero en el ámbito sanitario no es infrecuente la existencia de “lealtades divididas”. Ello puede suceder en distintas circunstancias. Mas la que aquí interesa es la que acontece cuando en las prestaciones sanitarias concurren intereses institucionales. Se plantea entonces el dilema de la división de lealtades de los sanitarios con las instituciones en que prestan sus servicios, dilema que es especialmente intenso en algunos casos (médicos de empresa, militares, cárceles...). Para los autores bioéticos Beauchamp y Childress, la norma en este sentido sería que “los médicos deben un «cuidado debido» similar a los individuos que se convierten en sus pacientes en virtud del contrato de un tercero en un acuerdo institucional”⁷⁴. El Código de Deontología Médica de 2022, recuerda que “la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente” (art. 4.3). Sobre el valor de esta normativa, luego volveremos.

Los facultativos de sanidad penitenciaria se enfrentan frecuentemente a situaciones de “doble lealtad”, que ni siquiera atisaban antes de ingresar en la institución; la lealtad debida a la institución y la que es exigible a su propio paciente. Pensemos en un facultativo de asistencia primaria en un Centro penitenciario ordinario. Debe dictaminar/informar en escenarios como los siguientes: a) cumplimiento de una sanción disciplinaria de aislamiento en celda (art. 254 RP), b) diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los internos (art. 39 LOGP), c) decisiones de la Junta de Tratamiento (Subdirector Médico o Jefe de los Servicios Médicos) (art. 272.1.b RP), d) adopción de medios coercitivos en Centros penitenciarios ordinarios o en Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias –cuando esté en servicio de “guardia médica”- (art. 188.3 RP).

Si nos situamos en el rol de un psiquiatra penitenciario, el panorama es similar: a) diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los internos (art. 39 LOGP), b) adopción del empleo de medios coercitivos en Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias (art. 188.3 RP),...

La dualidad asistencial (al paciente) e informadora o dictaminadora (a la Institución), es más que

64 Vid. en general: BARRIOS FLORES, L.F. (2011): “Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión”. En BARRIO, C. y MÁRQUEZ, I. (Coords.): *Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión*. Bilbao. OMEditorial, pp. 103-173.

65 PLATÓN: “Lisis”. En PLATÓN (2000): *Diálogos*. I, Madrid. Gredos, pp. 174-176 [139-183]. PLATÓN: *Lisis*, 218d-219d.

66 LAÍN ENTRALGO, P. (1983): *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría*. Madrid. Alianza, in totum.

67 GRACIA, D. (1989): *Fundamentos de Bioética*. Madrid. Eudema, p. 600.

68 LAÍN ENTRALGO, P. (1983): *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid. Alianza, pp. 368 y ss.; LLAMAS POMBO, E. (1988): *La responsabilidad civil del médico. Aspectos tradicionales y modernos*. Madrid. Trivium, p. 61; PELLEGRINO, E.D. y THOMASMA, D.C. (1993): *The Virtues in Medical Practice*. New York. Oxford University Press, pp. 65-78; O'NEILL, O. (2002): *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge. Cambridge University Press, cap. 1; SEOANE, J.A. (2004): “El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación”. *Derecho y Salud*, Vol. 12, núm. 1, pp. 49-51.

69 GITRAMA GONZÁLEZ, M. (1977): “En la convergencia de dos humanismos: Medicina y Derecho (Sobre el contrato de servicios médicos)”, *Anuario de Derecho Civil*, Vol. XXX, núm. 2, p. 322.

70 PRESIDENT'S COMMISSION (1982): *Making Health Care Decisions*, Vol. 1, Washington D.C. U.S. Government Printing Office, p. 37

71 Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Problemas Éticos de Pacientes con Enfermedades Mentales (Bali, 1995; revisada en Pilanesberg, 2006) (Apdo. 8); Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Madrid, 1996) (Apdo. 3), que sería reforzada con la inclusión de un Apdo. 12 en la revisión que de esta Declaración tuvo lugar en Yokohama, en 2002; *Código de Deontología Médica 2022*. Madrid. Organización Médica Colegial (art. 7.1).

72 BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. (1998): *Principios de Ética Biomédica*, 1ª ed. Barcelona. Masson, p. 413.

73 HASTINGS CENTER (1978): “In the service of the State: the psychiatrist as double agent”. *Hastings Center Report*. Vol. 8, núm. 2, Suppl. 1-24.

74 BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. (1998): *Principios de Ética Biomédica*, 1ª ed. Barcelona. Masson, p. 418

obvio que puede perjudicar la relación terapéutica, ya que el facultativo penitenciario no interviene o decide solo sobre cuestiones de salud del paciente, sino que interviene y decide también sobre aspectos directamente relacionados con la ejecución de la pena privativa de libertad.

Si la cuestión de la doble lealtad también afecta, como es natural, a los sanitarios penitenciarios, existe una actuación profesional que agudiza el problema, la dualidad asistencial-pericial, aspecto que hemos abordado en alguna ocasión⁷⁵. Sintetizando nuestra última aportación, ha de partirse de la importante diferencia de roles entre las labores asistenciales y periciales: a) el fin es diferente: tratamiento del paciente/colaboración con la Justicia; b) las responsabilidades difieren: con el paciente en el primer caso, con los Tribunales en el segundo; c) la relación terapéutica es inexistente en la tarea pericial; d) la confidencialidad queda muy perjudicada en el peritaje, ...

Existe una sólida doctrina del TEDH sobre la imparcialidad judicial, pero aquí la cuestión radica en verificar hasta que punto tal imparcialidad es predicable del perito, ya que la imparcialidad y la fiabilidad son notas fundamentales de la prueba pericial⁷⁶.

Pero, como habrá de suponerse, el psiquiatra penitenciario se enfrenta a un obstáculo no menor cuando se transforma de terapeuta del paciente a perito del peritado. Difícil encaje, sin duda. Precisamente por ello hay sólidas razones contrarias a la dualidad asistencial/pericial. Cabe señalar las siguientes:

- a) Eventuales perjuicios al peritado. La exploración pericial puede en ocasiones ocasionar un perjuicio a la persona examinada (fallo contrario a sus intereses)⁷⁷. Esto es así, porque el psiquiatra forense queda al margen de la Medicina y de la noción de no-maleficencia⁷⁸, ya que los principios de beneficencia y

no-maleficencia no son temas éticos básicos en Psiquiatría forense⁷⁹. El psiquiatra penitenciario debe dejar bien claro al paciente/peritado, qué rol realmente desempeña en cada momento. Y tras esta explicación, no sería inoportuno que le indicara la posibilidad de que se designara a otro especialista⁸⁰. En el caso español obviamente procedería informar de esta cuestión al órgano jurisdiccional competente. En cualquier caso, coincidimos con Calcedo en que crear un ambiente de empatía puede no ser ético en psiquiatría forense, ya que el paciente puede creer que se encuentra en una relación terapéutica⁸¹.

- b) Eventuales daños al perito. Estos posibles daños pueden ser de diferente naturaleza: 1) daños a su integridad física, ya que estos profesionales pueden verse en peligro, precisamente por la concurrencia de la dualidad asistencial-pericial. Ha habido casos notables que así lo corroboran. No tiene sentido que una misma persona sea tratada y, a la vez, se emitan informes sobre la misma en la fase de instrucción; que posteriormente el mismo perito tratante asista a juicio y que después –en el transcurso del cumplimiento de una medida de seguridad de internamiento- vuelva a ser profesional terapeuta e informador de los órganos judiciales (Juzgados de Vigilancia Penitenciaria con la remisión de informes periódicos de evolución, Juzgados de Primera Instancia a efectos de incapacitación civil, Juzgados de lo Social, a efectos del reconocimiento de una pensión)⁸². 2) El rol de doble agente puede comportar un desmerecimiento en la condición profesional, como se ha señalado en la doctrina⁸³. Lamentablemente, la

forensic psychiatry: a view from the ivory tower". *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Vol. 12, pp. 167-174.

79 APPELBAUM, P.S. (1990): "The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm". *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 13, pp. 249-259.

80 APPELBAUM, P.S. (1997): "Ethics in evolution: The incompatibility of clinical and forensic functions". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 154, núm. 4, p. 446.

81 CALCEDO BARBA, A. (2010): "Objectivity and ethics in forensic psychiatry". *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 23, núm. 5, p. 451.

82 BARRIOS FLORES, L.F. (2000). "Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra", *op. cit.*, pp. 10-12.

83 ARBOLEDA-FLÓREZ, J. y WEISSTUB, D.N. (2006): "Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs". *Santé mentale au Québec*. Vol. XXXI, núm. 2, pp. 204 y 207.

75 BARRIOS FLORES, L.F. (2000). "Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra". *Revista de Estudios Penitenciarios*. Núm. 248, pp. 9-43; BARRIOS FLORES, L.F. y LÓPEZ LÓPEZ, A. (2002). "El psiquiatra penitenciario: una aproximación crítica". *La Ley*. Vol. I, pp. 1851-1858; BARRIOS FLORES, L.F. (2016). "La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal". En JIMENO BULNES, M. y PÉREZ GIL, J.: *Nuevos horizontes del Derecho Procesal. Libro-Homenaje al Prof. Ernesto Pedraz Penalva*. Barcelona, Bosch, en especial, pp. 499-510.

76 STS 2ª, 18.1.1994, Pte. Ruiz Vadillo (ROJ: STS 97/1994).

77 GUTHEIL, T.G. (2001): "Ética y psiquiatría forense". En BLOCH, S., CHODOFF, P. y GREEN, S.A. (Eds.): *La ética en psiquiatría*. Madrid. Triacastela, p. 324.

78 STONE, A.A. (1984): "The ethical boundaries of

legislación procesal penal española no contempla un precepto de parecido tenor al que sí contiene el art. 343.5 Ley de Enjuiciamiento Civil, que incluye entre las posibles tachas de los peritos: “Cualquier otra circunstancia, debidamente acreditada, que les haga desmerecer en el concepto profesional”. 3) Incumplimiento de los deberes legales-deontológicos. El Código de Ética Médica de 2022 es tajante al afirmar la primordial lealtad del médico a su paciente. Este Código no aparece en ninguna publicación oficial, bien es cierto. Como también lo es que: a) la Constitución (art. 36) remite a la Ley la regulación de los Colegios Profesionales, es decir la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales atribuye, entre las funciones que corresponden a los Colegios Profesionales: “Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial” (art. 5.i) y b) la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias establece, al enumerar los principios generales del ejercicio de las profesiones sanitarias: “Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, *el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas*, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de norma-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión” (art. 4.5). Es decir, el cumplimiento de las obligaciones deontológicas tiene el respaldo legal que le otorga el Código de Deontología Médica por remisión de la Ley 44/2003.

- c) Perjuicio para la relación terapéutica. Es que aquí donde se encuentra el *punctum dolens* de la dualidad asistencial/pericial. En la práctica, una rigurosa separación de la faceta asistencial y evaluadora resulta irrealizable⁸⁴ y la mayoría de los estudiosos del tema consideran que es más que probable que la doble condición de terapeuta y perito no sea

ética⁸⁵ y además, pueda perjudicar de forma notable la relación terapéutica⁸⁶.

VI. LAS POSIBLES SOLUCIONES

Ante un problema complejo no es apropiado sugerir soluciones simples, pero sí cabe abordar las transformaciones que se hacen precisas que afrontar el fondo de la cuestión. Por eso nos limitaremos a describir dos propuestas que nos parecen más que pertinentes.

6.1 La integración de la sanidad penitenciaria

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Disp. Final 3^a. 1.a), dispuso la participación en el Sistema Nacional de Salud de la Sanidad Penitenciaria. Por su parte, la Disp. Adic. 6^a de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) estableció la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas, integrándose en los correspondientes servicios autonómicos de salud. El plazo para dicha transferencia finalizó el 30 de noviembre de 2004. Han transcurrido casi 20 años, y las previsiones de la LCCSNS solamente se han materializado con Cataluña (1983), País Vasco (2011, 2021) y Navarra (2021). Se han sucedido gobiernos de distintas tendencias políticas (PP, de 2000 a 2004 y de 2016 a 2018; PSOE, de 2004 a 2011 y de 2018 a 2024) y sin embargo el proceso de transferencias está lejos de culminar.

La transferencia comportaría indudables ventajas para la sanidad penitenciaria: a) favoreciendo la más plena coordinación con los dispositivos asistenciales autonómicos, b) mejorando los recursos humanos mejor dotados en los servicios autonómicos⁸⁷; c) favoreciendo la implantación de una carrera profesional de los sanitarios penitenciarios, así como incrementando su nivel retributivo, haciendo así más atractivo el puesto de trabajo.

Desde el ámbito sanitario penitenciario, se han alzado en repetidas ocasiones voces reclamando

85 ASO ESCARIO, J. (2009): “Bioética de la actividad pericial médica”, *op. cit.*, p. 109.

86 KALMBACH, K.C. y LYONS, P.M. (2006): “Ethical issues in conducting forensic evaluations”. *Applied Psychology in Criminal Justice*. Vol. 2, núm. 3, p. 282.

87 BENGUA, A., MARCO-ABAD, M., ZULAIKA, D., VERGARA, I. y ARROYO-COBO, J.M. (2018): “Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 20, pp. 23-32.

84 ASO ESCARIO, J. (2009): “Bioética de la actividad pericial médica”. *Cuadernos de Medicina Forense*. Vol. 15, núm. 56, p. 110; MILLER, R.D. (1990): “Ethical issues involved in the dual role of treater and evaluator”. En ROSNER, R. y WEINSTOC, R. (Eds.). *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*, New York. Plenum Press, pp. 129-150.

la implementación del proceso de transferencias a todo el territorio nacional, antes⁸⁸ y especialmente después de la LCCSNS⁸⁹. También hay aportaciones ajenas al medio penitenciario⁹⁰, y en el mismo sentido se ha manifestado este autor⁹¹.

Pero sigue siendo una tarea pendiente, hasta el punto que el Defensor del Pueblo, en su labor de Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura, ha afirmado en su informe de 2023: “La transferencia de la sanidad penitenciaria al servicio público de salud (contemplada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) es la única manera de garantizar el principio de equidad en la asistencia sanitaria de los internos en prisiones”⁹². Por cierto, al redactar esta ponencia me llegan recientes noticias de la transferencia de la sanidad penitenciaria portuguesa al Servicio Nacional de Salud⁹³.

6.2 La transformación del modelo psiquiátrico-penitenciario hospitalario

La asistencia psiquiátrico-penitenciaria se presta en dos niveles. A nivel de Centros penitenciarios ordinarios, la asistencia especializada demanda dispositivos propios debidamente dotados. Ya quedado expresado el déficit de personal especializado en salud mental en estos Centros. Hay experiencias foráneas sobre las que debiera prestarse atención. Es

88 SAIZ DE LA HOYA, P. (2000): “Integración de la Sanidad Penitenciaria. Perspectivas de futuro”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 2, pp. 83-86.

89 RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, A. (2010): “Integración en los sistemas sanitarios autonómicos, ¿por qué?”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 12, p. 24; JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA (2011): “Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto que todos debemos asumir”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 13, pp. 67-68; ARROYO-COBO, J.M. (2015): “A propósito de la Mesa de gestión del X Congreso de Sanidad Penitenciaria de Barcelona”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 17, pp. 30-32.

90 REPULLO, J.R. (2014): “Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 16, pp. 102-109.

91 BARRIOS FLORES, L.F. (2008): “Transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas”. *Derecho y Salud*. Vol. 16, Extraordinario XVI Congreso “Derecho y Salud”, pp. 103-107; y del mismo autor (2020): “Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020” *Gaceta Sanitaria*, Vol. 34, núm. S1, p. 79 y (2021): “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”, *Norte de Salud Mental*, Vol. XVII, núm. 64, pp. 34.

92 DEFENSOR DEL PUEBLO (2024): *Informe anual 2023. Anexo A. Informe completo del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)*. Madrid. Defensor del Pueblo, p. 28.

93 Plan Operativo de Salud en el Contexto de Privación de Libertad para el período 2023-2030, publicado el 30 de marzo de 2024.

el caso de Francia, en donde existen las *Unités Hospitalières Spécialement Aménagées* (Unidades Hospitalarias Especialmente Acondicionadas, UHSA), en donde pueden recibir asistencia hospitalaria los reclusos con trastornos psíquicos⁹⁴. En estas Unidades, la seguridad exterior está encomendada al personal penitenciario y la asistencia corresponde al personal sanitario. Indicar que no existen UHSA en todos los Departamentos (Provincias en España), sino solo a nivel regional. La implantación de este tipo de Unidades en España sería una cuestión que merecería, cuando menos, una reflexión sobre sus ventajas e inconvenientes.

A nivel de Establecimientos y Unidades Psiquiátricas penitenciarias, la reflexión ha de ser más profunda. Nuestro modelo, en realidad derivado de la propuesta que en su día hiciera Lombroso⁹⁵, está obsoleto. El modelo lombrosiano, inspiró la creación en Italia de los luego denominados *Ospedali psichiatrici giudiziari* (OPGs) y en buena medida la creación en España del Manicomio penal del Puerto de Santamaría y las instituciones sucesoras. Parece conveniente describir someramente el estado de la cuestión en países de nuestro entorno⁹⁶.

En el caso de Italia, la pervivencia de los OPGs entró en crisis, tras un profundo y enconado debate político. Finalmente fueron instauradas las *Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria* (REMS)⁹⁷. El nuevo modelo ha supuesto un cambio radical: a) Las REMS son un tipo de estructura gestionada por la Sanidad territorial (Servicio sanitario de las Regiones y de las Provincias Autónomas de Trento y Bolzano), en colaboración con el Ministerio de Justicia (salen así del ámbito penitenciario); b) Tienen un carácter regional (cada región puede incluir a una o más provincias); c) Un Decreto interministerial de 1 de octubre de 2012 reglamentó

94 En el caso de que no exista una UHSA cerca de un establecimiento penitenciario, o existiendo no hubiera plaza, la práctica es, o bien remitir al recluso a un hospital psiquiátrico, o bien atenderle en su propia celda.

95 LOMBROSO, C. (1872): “Sull’istituzione dei manicomiali criminali”. *Rivista di disciplina carcerarie*. Roma. Cotta E.C. Tipografi del Senato, pp. 105-126.

96 BARRIOS FLORES, L.F. (2021): “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”. *Norte de Salud Mental*. Vol. XVII, núm. 64, pp. 27-30.

97 CARABELLESE, F. y FELTHOUS, A.R. (2016). “Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community”. *Behavioral Sciences & the Law*. Vol. 34, núms. 2-3, pp. 444-459; CATANESI, R., FERRACUTI, S., MANDARELE, G. y VALERIO, A. (2019): “The new italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study”. *Rassegna Italiana di Criminologia*. Núm. Especial, pp. 7-23; RIVÉLLINI, G., PESSINA, R., PAGANO, A.M., GIORDANO, S., SANTORIELLO, C., ROSETTO, I., et al (2019): “Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA”. *Rivista di Psichiatria*, Vol. 55, núm. 6, pp. 83-134.

las características y funcionamiento de las REMS, entre las que cabe destacar: 1) Los REMS funcionan bajo las directrices de los Departamentos de salud mental. 3) A cargo de cada REMS estará un médico psiquiatra. 4) Un REMS debiera disponer de 20 camas. 3) La dotación de personal sería: 12 enfermeros a tiempo completo, 6 operadores sociosanitarios a tiempo completo, 2 médicos psiquiatras a tiempo completo con disponibilidad para noches y festivos, 1 educador o técnico de rehabilitación psiquiátrica a tiempo completo, 1 psicólogo a tiempo completo, 1 trabajador social con horario programado y 1 administrativo con horario programado; durante el horario nocturno debe estar la presencia de, al menos, un enfermero y un Operador Socio Sanitario (OSS) (técnico destinado a satisfacer las necesidades primarias de la persona frágil o enferma). 4) La seguridad interna se encomienda a la seguridad privada y por consiguiente, no hay previsión alguna para la presencia de miembros de la *Polizia Penitenziaria* (funcionarios penitenciarios) en el interior de estos establecimientos, mientras que el perímetro externo de los REMS está a cargo de la *Preffettura* (Subdelegación del Gobierno en España), aunque por supuesto, en casos de evasión, la competencia se traslada a la policía y a la autoridad judicial competente.

En Francia, en caso de ser declarada la inimputabilidad penal procede la aplicación de lo dispuesto en el Código de Procedimiento Penal: Parte Legislativa (arts. 706-135 a 706-140) y en la Parte Reglamentaria (arts. D47-29 a D-47-29-5) y en los arts. L3213-1 y L3213-7 del Código de la Salud Pública (CSP).

El Establecimiento de ingreso es una Unidad para Enfermos Difíciles (*Unité pour Malades Difficiles*) (UMD)⁹⁸. En las UMDs se alojan tanto pacientes ajenos al sistema penal (internamientos civiles involuntarios), como pacientes declarados exentos de responsabilidad en un procedimiento penal y, en algún caso, reclusos aquejados de trastornos mentales que requieran asistencia –sin perjuicio de un posible ingreso en una UHSA-. Aunque es de notar que los pertenecientes a la primera categoría alcanzan al 60-80% de los ingresados en UMDs.

Las UMDs deben establecerse en establecimientos del sector público hospitalario (art. L3222-1 CSP). Tendrán carácter regional y funcionan al margen de los sectores de psiquiatría general,

98 VELPRY, L. (2016): “‘Moderniser’ l’enfermement en psychiatrie? Le cas des unités pour malades difficiles”. *Sociétés contemporaines*. Vol. 103, núm. 3, pp. 65-90; VELPRY, L. y EYRAUD B. (2014): “Confinement and Psychiatric Care: A Comparison between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France”. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 38, núm. 4, pp. 550-577.

psiquiatría infanto-juvenil y psiquiatría en el medio penitenciario (art. 3221-6 CSP).

El funcionamiento de los UMDs se rige por el Arrêté de 14 de octubre 1986 (modificado el 10 de mayo de 1995), relativo al reglamento interior tipo de UMDs y, además, por los reglamentos de régimen interior de cada institución que establecerá las condiciones de estancia y la organización y funcionamiento de la Unidad. Los reglamentos particulares no pueden vulnerar lo establecido en el general. Estas Unidades pueden subdividirse en Subunidades con una capacidad máxima de 20 camas. Cada UMD debe estar bajo la autoridad de un psiquiatra hospitalario, asistido de un equipo multidisciplinar.

Los ejemplos italiano y francés, pudieran tenerse en consideración a la hora de transformar nuestro sistema de internamiento psiquiátrico penal, como ya hemos apuntado⁹⁹ y también ha reconocido el Grupo de Estudios de Política Criminal¹⁰⁰. No se trata de “calcar” estos modelos, sino de evaluar hasta qué punto pueden servirnos de referencia.

No parece imprescindible aludir a los modelos británico y alemán¹⁰¹. Ambos tienen en común que existen instituciones no penitenciarias para atender a reclusos con enfermedades mentales (nos referimos particularmente a los inimputables). Difieren en la dimensión de los Establecimientos (muy pocos en el Reino Unido) y más numerosos en Alemania (en donde adquiere relieve la legislación de los *Länder* (Estados federados), ya que hay un Código Penal común a toda la Federación, pero cada *Länder* es competente en lo relativo a la ejecución de una medida de seguridad privativa de libertad para sujetos con trastorno psíquico.

VII. CONCLUSIONES

A la vista de lo hasta aquí expuesto, cabría concluir que es preciso llevar a cabo una labor diagnóstica y pronóstica de la asistencia en salud mental en prisión, acompañada inevitablemente por algunas sugerencias “terapéuticas”.

El diagnóstico es “malo” y viene de antiguo. No es exagerado hablar de una enfermedad

99 BARRIOS FLORES, L.F. (2021): “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”. *Norte de Salud Mental*. Vol. XVII, núm. 64, pp. 29-30.

100 GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL (2023): *Una propuesta alternativa para un nuevo régimen penal aplicable a las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual*. Valencia. Tirant lo Blanch, p. 68.

101 BARRIOS FLORES, L.F. (2021): “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”. *Norte de Salud Mental*. Vol. XVII, núm. 64, p. 28.

cuasi-terminal. La “crisis” es lo que es, una situación mala o difícil, con intensificación brusca de los cambios de una enfermedad (Diccionario RAE). En este caso, obviamente, se trata de una enfermedad institucional.

El pronóstico no es mejor, ya que si éste es una “señal por donde se conjetura o adivine algo futuro” (Diccionario RAE), difícil es atisbar un pronóstico favorable a la enfermedad crónica que viene padeciendo la sanidad penitenciaria.

Ante tal diagnóstico poco favorable y un pronóstico poco prometedor, la terapia a aplicar ha de ser “invasiva” y transformadora. Ello exige un proceso de doble normalización: 1º) en relación a la sanidad penitenciaria, debiera transferirse en su conjunto a todos los sistemas autonómicos de salud y 2º) reformar radicalmente el sistema de cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad, por razón de un trastorno psíquico.

Trasladando estas conclusiones al ámbito jurídico, el tema está en identificar la conducta o situación anómala que precisa una respuesta jurídica, pronosticar la eficiencia y eficacia de la respuesta jurídica a implementar y aplicar dicha respuesta. La transferencia de la sanidad penitenciaria requiere la formalización de convenios con las Comunidades Autónomas. La modificación del modelo psiquiátrico penal requiere soluciones jurídicas de mayor calado, a la vista de modelos de Derecho Comparado que han mostrado su validez y eficacia.

Implementar las transformaciones descritas redundará en la mejora del empleo de la sanidad penitenciaria en general y de la psiquiatría penitenciaria en particular, ya que como dijera mi maestro y amigo Francisco Tomás y Valiente: “los tiempos cambian, sí; pero en algunos aspectos cambian muy poco”.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- *Actes du Congrès Pénitentiaire International, de Bruxelles Aout 1900*, Bureau de la Commission Penitentiaire Internationale, Bruxelles et Berne, 1901.
- APPELBAUM, P.S. (1990): “The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm”. *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 13, pp. 249-259.
 - (1997): “Ethics in evolution: The incompatibility of clinical and forensic functions”. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 154, núm. 4, pp. 445-446.

- ARBOLEDA-FLÓREZ, J. y WEISSTUB, D.N. (2006): “Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs”. *Santé mentale au Québec*. Vol. XXXI, núm. 2, pp. 193-213.
- ARENAL, C. (1877): *Estudios Penitenciarios*, 2ª edic. Madrid. Imprenta de T. Fortanet.
- ARNAU-PEIRÓ, F., GARCÍA-GUERRERO, J., BENITO, A., VERA-REMARTÍNEZ, E.J., BAQUERO, A., HARO, G. (2020): “Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services”. *Journal of Forensic Sciences*. Vol. 65, núm. 1, pp. 160-165.
- ARNAU-PEIRÓ, F., GARCÍA-GUERRERO, J., HERRERO-MATÍAS, A., CASTELLANO-CERVERA, J.C., VERA-REMARTÍNEZ, E.J., JORGE-VIDAL, V., *et al.* (2012): “Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 2, pp. 20-31.
- ARROYO-COBO, J.M. (2015): “A propósito de la Mesa de gestión del X Congreso de Sanidad Penitenciaria de Barcelona”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 17, pp. 30-32.
- ASO ESCARIO, J. (2009): “Bioética de la actividad pericial médica”. *Cuadernos de Medicina Forense*. Vol. 15, núm. 56, pp. 105-117.
- BARRIOS FLORES, L.F. (2000). “Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra”. *Revista de Estudios Penitenciarios*. Núm. 248, pp. 9-43.
 - (2007): “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Núm. 100, pp. 473-500.
 - (2007): “El empleo de medios coercitivos en prisión: Indicaciones regimentales y psiquiátricas”. *Revista de Estudios Penitenciarios*. Núm. 253, pp. 61-100.
 - (2008): “Transferencia de la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas”. *Derecho y Salud*. Vol. 16, Extraordinario XVI Congreso “Derecho y Salud”, pp. 103-107.
 - (2011): “Tratamientos sanitarios involuntarios (Cap. 25)”. En DELGADO BUENO, S. y BANDRÉS MOYA, F. (Coords.): *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 1. Volumen I. Derecho sanitario y Medicina Legal del Trabajo*. Barcelona. Bosch, pp. 589-611.

- (2011): “Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión”. En BARRIO, C. y MÁRQUEZ, I. (Coords.): *Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión*. Bilbao. OMeditorial, pp. 103-173.
- (2013). “Medios coercitivos en psiquiatría: contención y aislamiento” (Cap. 275). En DELGADO BUENO, S. y MAZA MARTÍN, J.M. (Coords.): *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense*. Barcelona. Bosch, pp. 567-585.
- (2013). “Régimen jurídico de la sanidad penitenciaria”. En PALOMAR OLMEDA, A. y CANTERO MARTÍNEZ, J. (Dir.) y LARIOS RISCO, D., GONZÁLEZ GARCÍA, L. y DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. (Coords.): *Tratado de Derecho Sanitario. Vol. I*. Cizur Menor (Navarra). Thomson-Reuters/Aranzadi, pp. 217-251.
- (2016). “La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal”, En JIMENO BULNES, M. y PÉREZ GIL, J.: *Nuevos horizontes del Derecho Procesal. Libro-Homenaje al Prof. Ernesto Pedraz Penalva*. Barcelona, Bosch, pp. 493-518.
- (2020): “Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020”. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 34, núm. S1, pp. 76-80.
- (2020): “Los derechos del internado por razón penal en el ámbito del Consejo de Europa”. En KRAUT, A.J. (Dtor.) y SOSA, G.L. (Coord.): *Derechos humanos y salud mental. Una mirada interdisciplinaria. Tomo II*. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni, pp. 463-496.
- (2021): “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”. *Norte de Salud Mental*. Vol. XVII, núm. 64, pp. 25-38.

■ BARRIOS FLORES, L.F. y LÓPEZ LÓPEZ, A. (2002). “El psiquiatra penitenciario: una aproximación crítica”. *La Ley*. Vol. I, pp. 1851-1858.

■ BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. (1998): *Principios de Ética Biomédica*, 1ª edic. Barcelona. Masson.

■ BENGOA, A., MARCO-ABAD, M., ZULAIKA, D., VERGARA, I. y ARROYO-COBO, J.M. (2018): “Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 20, pp. 23-32.

■ CÁCERES LESCARBOURA, A. (1992): *Los habitantes del pozo (Vida y muerte en una cárcel-manicomio)*. 2ª edic. Alicante. Agua Clara.

■ CADALSO, F. (1903): *Diccionario de legislación penal, procesal y de prisiones. Tomo II*. Madrid. Imprenta de J. Góngora Álvarez.

■ CALCEDO BARBA, A. (2010): “Objectivity and ethics in forensic psychiatry”. *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 23, núm. 5, pp. 447-452.

■ CALCEDO-BARBA, A. y ANTÓN BASANTA, J. (2023): *Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España*. Ed. SEPL Madrid y SESP. Barcelona.

■ CALVO ESTOPIÑÁN, P., SOLER GONZÁLEZ, C., DÍA SAHÚN, JC., VENTURA, FACI, T. (2008): “Prevalence of psychiatric disorders on patients admitted by the Psychiatric Service in the Security Area of H.U.M.S. (University Hospital «Miguel Servet»”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 10, núm. 3, pp. 69-72.

■ CARABELLESE, F. y FELTHOUS, A.R. (2016). “Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community”. *Behavioral Sciences & the Law*. Vol. 34, núms. 2-3, pp. 444-459.

■ CATANESI, R., FERRACUTI, S., MANDARELE, G. y VALERIO, A. (2019): “The new italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study”. *Rassegna Italiana di Criminologia*. Núm. Especial, pp. 7-23.

■ CUENCA GÓMEZ, P. (2022): “El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 42, núm. 141, pp. 141-158.

■ DEFENSOR DEL PUEBLO (2024): *Informe anual 2023. Anexo A. Informe completo del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)*. Madrid. Defensor del Pueblo.

■ DEL RÍO Y PARDO, F. (1986): *Asistencia sanitaria*. En COBO DEL ROSAL, M. y BAJO FERNÁNDEZ, M.: *Comentarios a la Legislación Penal, T. VI, Vol. II. Ley Orgánica General Penitenciaria*. Madrid. Edersa.

- DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS-SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2007): *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid.
- DORADO, Pedro (1905): *Los peritos médicos y la justicia criminal*. Madrid, Reus.
- GALAN CASADO, D., RAMOS-ABALOS, E., PINAZO, Á., AÑÑOS BEDRIÑADA, F. (2021): “Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva socioeducativa y de género”. *Psychology Society & Education*, Vol. 13, pp. 85-98.
- GARCÍA VALDÉS, C. (1981): *La reforma penitenciaria española. Textos y materiales para su estudio*, Madrid. Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid.
- GIL CELEDONIO, J.A. (2021): “El sistema de libre designación como figura de provisión de puestos de trabajo. Límites jurisprudenciales y autolimitaciones administrativas en la Administración General del Estado”. *Anuario de la Facultad de Derecho. Universidad de Extremadura*. Núm. 37, pp. 471-509.
- GITRAMA GONZÁLEZ, M. (1977): “En la convergencia de dos humanismos: Medicina y Derecho (Sobre el contrato de servicios médicos)”, *Anuario de Derecho Civil*, Vol. XXX, núm. 2, pp. 273-335.
- GRACIA, D. (1989): *Fundamentos de Bioética*. Madrid. Eudema.
- GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL (2023): *Una propuesta alternativa para un nuevo régimen penal aplicable a las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- GUTHEIL, T.G. (2001): “Ética y psiquiatría forense”. En BLOCH, S., CHODOFF, P. y GREEN, S.A. (Eds.): *La ética en psiquiatría*. Madrid. Triacastela, pp. 323-339.
- HASTINGS CENTER (1978): “In the service of the State: the psychiatrist as double agent”. *Hastings Center Report*. Vol. 8, núm. 2, Suppl. 1-24.
- HERRERA VALENCIA, R. y HERNÁNDEZ MONSALVE, M. (2003): “I. Introducción. Pacientes mentales en prisión. Sufrimiento mental de los pacientes”. En: HERNÁNDEZ MONSALVE, M. y HERRERA VALENCIA, R. (Coords.): *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 21-33.
- HOWARD, J. (1777): *The State of Prisons in England and Wales, with an Account of some Foreign Prisons*. London.
- JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA (2011): “Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto que todos debemos asumir”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 13, pp. 67-68.
- KALMBACH, K.C. y LYONS, P.M. (2006): “Ethical issues in conducting forensic evaluations”. *Applied Psychology in Criminal Justice*. Vol. 2, núm. 3, pp. 261-290.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1983): *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid. Alianza.
- LOMBROSO, C. (1872): “Sull’istituzione dei manicomiali criminali”. *Rivista di disciplina carcerarie*. Roma. Cotta E.C. Tipografi del Senato, pp. 105-126.
- LLAMAS POMBO, E. (1988): *La responsabilidad civil del médico. Aspectos tradicionales y modernos*. Madrid. Trivium.
- LÓPEZ ÁLVAREZ, M., SAAVEDRA MACÍAS, FJ., LÓPEZ PARDO, A., LAVIANA CUETOS, M. (2016): “Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España)”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 9, pp. 76-85.
- LORENZO DE MEMBIELA, J.B. (2004): “De la profesionalización administrativa a las cesantías y de la libre designación al cese en el ámbito de la Administración periférica”. *Revista Galega de Administración Pública*. Núm. 38, pp. 109-122.
- MARCOS PASCUAL, E. (2020): “La carrera administrativa de los funcionarios públicos frente a la libre designación. Especial consideración de las intervenciones en la proposición de Ley 1876 del Diputado Sr. Puig y Llagostera”. *Revista de Derecho UNED*. Núm. 26, pp. 305-333.
- MARÍN-BASALLOTE, N. y NAVARRO-REPI-SO, C. (2012): “Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 3, pp. 80-85.

- MILLER, R.D. (1990): "Ethical issues involved in the dual role of treater and evaluator". En ROSNER, R. y WEINSTOC, R. (Eds.): *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*, New York. Plenum Press, pp. 129-150.
- O'NEILL, O. (2002): *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge. Cambridge University Press.
- PELLEGRINO, E.D. y THOMASMA, D.C. (1993): *The Virtues in Medical Practice*. New York. Oxford University Press.
- PÉREZ MARTÍNEZ, E. y HERNÁNDEZ MONSALVE, M. (2022): "Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 42, núm. 141, pp. 251-267.
- PLATÓN (2000): *Diálogos. I*, Madrid. Gredos, pp. 139-183. En el original, *Lisis*, 218d-219d.
- PRESIDENT'S COMMISSION (1982): *Making Health Care Decisions, Vol. 1*, Washington D.C. U.S. Government Printing Office.
- RENDUELES OLMEDO, Guillermo: "Tratamiento Penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar", en HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano y HERRERA VALENCIA, Rafael (Coords.): *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003, pp. 255-288.
- REPULLO, J.R. (2014): "Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 16, pp. 102-109.
- RIVELLINI, G., PESSINA, R., PAGANO, A.M., GIORDANO, S., SANTORIELLO, C., ROSETTO, I., et al (2019): "Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA". *Rivista di Psichiatria*, Vol. 55, núm. 6, pp. 83-134.
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, A. (2010): "Integración en los sistemas sanitarios autonómicos, ¿por qué?". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 12, p. 24.
- SAIZ DE LA HOYA, P. (2000): "Integración de la Sanidad Penitenciaria. Perspectivas de futuro", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 2, pp. 83-86.
- SALILLAS, R. (1888): *La vida penal en España*. Madrid. Imprenta de la Revista de Legislación.
- SÁNCHEZ MORÓN, M. (2020): "'Libre' designación y 'libre' cese en la función pública: los límites de la discrecionalidad". *Revista de Administración Pública*. Núm. 211, pp. 1-35.
- SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2023): *Informe General 2022*, Madrid.
- SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS-DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN TERRITORIAL Y MEDIO ABIERTO (2009): *Protocolo para la aplicación del Programa Marco de Atención a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Madrid. [PAIEM renovado, 2013].
- SEOANE, J.A. (2004): "El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación". *Derecho y Salud*, Vol. 12, núm. 1, pp. 41-60.
- SHAW, J., CREED, F., PRICE, J., HUXLEY, P. y TOMENSON, B. (1999): "Prevalence and detection of serious psychiatric disorder in defendants attending court". *The Lancet*. Vol. 353, núm. 9158, pp. 1053-1056.
- STONE, A.A. (1984): "The ethical boundaries of forensic psychiatry: a view from the ivory tower". *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Vol. 12, pp. 209-219.
- TOMÁS Y VALIENTE, F. (1978). "Las cárceles y el sistema penitenciario bajo los Borbones". *Historia 16*. Núm. Extra VII, pp. 69-88.
- VELPRY, L. (2016): "'Moderniser' l'enfermement en psychiatrie? Le cas des unités pour malades difficiles". *Sociétés contemporaines*. Vol. 103, núm. 3, pp. 65-90.
- VELPRY, L. y EYRAUD B. (2014): "Confinement and Psychiatric Care: A Comparison between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France". *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 38, núm. 4, pp. 550-577.
- VICENS, E., TORT, V., DUEÑAS, RM., MURO, A., PÉREZ-ARNAU, F., ARROYO, JM., et al. (2001): "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons". *Criminal Behaviour Mental Health*, Vol. 21, núm. 5, pp. 321-332.

- | WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023): *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- | ZABALA-BAÑOS, M., SEGURA, A., MAESTRE-MIQUEL, C., MARTÍNEZ-LORCA, M., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B., ROMERO, M., *et al.* (2016): “Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 18, pp. 13-24