



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Barrios Flores, Luis Fernando

Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVII, núm. 100, 2007, pp. 473-500

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019653016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria

RESUMEN: El sistema psiquiátrico penitenciario surge como institución especializada. El modelo hoy está en crisis en España por vulnerar los derechos del paciente.

PALABRAS CLAVE: Hospital psiquiátrico penitenciario, derechos del paciente, internamiento penal.

SUMMARY: The psychiatric penitentiary system is born as specialized institution. Today the model is in crisis in Spain because it harms the patient's rights.

KEY WORDS: Psychiatric penitentiary hospital, patient's rights, penal internment.

1. ORÍGENES DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICO-PENITENCIARIA EN ESPAÑA

La preocupación por la cuestión de la «irresponsabilidad *efectiva* del enajenado» fue hondamente debatida a fines del XIX. Desde principios de este siglo «todo un conjunto de juicios apreciativos, diagnósticos, pronósticos, normativos, referentes al individuo delincuente han venido a alojarse en la armazón del juicio penal» (1), debido al cambio del sistema probatorio penal, ya que si inicialmente regía la aritmética de la demostración, posteriormente se implanta el principio «íntima convicción»: para condenar es preciso tener la certeza total, exhaustiva e íntegra de la culpabilidad del acusado. La intervención del perito psiquiatra en el proceso penal deviene de este modo inevitable cuando hay duda sobre la sanidad del sujeto enjuiciado.

Por su parte, el principio clasificatorio y la especial consideración del enfermo mental delincuente reclamaban una institución específica. Aunque los psiquiátricos penitenciarios remontan sus orígenes a finales del siglo XVIII –pudiendo citarse como precedente de ellos la Bastilla, que había venido siendo utilizado como asilo de seguridad en el que se alojaban locos criminales– será a lo largo del siglo XIX cuando se extiendan por Europa y Norteamérica (2).

Es fundamental en el proceso de creación de psiquiátricos penitenciarios la reforma inglesa. John Howard (1726-1790) en *The State of Prisons in England and Wales* (1777) (3) hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sanos y numerosos políticos y filántropos británicos promovieron, entre otras ideas humanitarias, la reforma de las instituciones que albergaban locos delincuentes. Pero en España, en la primera mitad del siglo XIX, la mezcolanza de locos y delincuentes era común (4).

El precedente más lejano de establecimiento de destino de «locos delincuentes» es el manicomio de santa Isabel de Leganés (5; 6; 7), que pronto se vio sobrepasado por el número de ingresos, lo que produjo disfunciones institucionales de todo orden.

La idea de construir el primer manicomio propiamente judicial surge en 1886, pues «dado el rápido avance que en nuestra patria había alcanzado la medicina legal no es nada extraño que hubiese personas influyentes interesadas en el proyecto de manicomio judicial» (Simarro o Esquerdo) (8). Por R. D. 13 de diciembre de 1886 se dispuso la creación en Madrid de un *Manicomio penal*, pero la operación no se llevaría a cabo (9). A partir de 1887 se irán trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Pero las protestas por estos traslados provocarían bien pronto su expulsión.

En 1888 se hace una estadística de la situación de los locos criminales, que da como resultado: 220 locos varones y 18 mujeres, repartidos entre los hospitales de Elda (Alicante), Agudos (Córdoba), Gerona, Santa Cruz (Barcelona), y Málaga y los manicomios de San Baudilio de Llobregat, Castellón, Cádiz, Conxo de Santiago, Granada, Santa Isabel, Instituto frenopático de Las Corts (Barcelona), Murcia, Toledo, Valladolid y Zaragoza (10).

Los proyectos de creación de este tipo de establecimientos se suceden (Alonso Martínez y Sagasta en 1888; nuevamente Alonso Martínez en 1894), pero siempre sin resultado (9). Comentando Salillas la Orden de 27-7-1870, que señalaba que «la enajenación mental [es] una enfermedad *no muy común* en nuestro país», afirma: «en España, no solamente, nos creemos justos y benéficos, sino dotados de una salud mental a toda prueba» (10).

Se improvisó entonces una Penitenciaría Hospital en El Puerto de Santa María, que fue dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20-3-1894. Este centro –nuestro primer psiquiátrico penitenciario– contaba entonces con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5.^a sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semi-tranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación (11).

La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico, por las consideraciones doctrinales, pero también por los inconvenientes regimentales, es puesta de manifiesto por la Exposición de Motivos del R. D. de 1 de septiembre de 1897 (Gaceta de Madrid, 5 de septiembre): «Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que, no obstante, al haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente recluidos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran».

Sin embargo, fue importante el retraso en la creación de una institución específica para enfermos mentales delincuentes en España. En Inglaterra ya existía un específico establecimiento para locos delincuentes desde 1816 (12); en Francia (desde 1838) legalmente los alienados no podían estar recluidos en prisión, por

imperativo del art. 24 de la Ley francesa de 30-6-1838 (13); instituciones de este tipo las tenemos en Broadmow (Inglaterra), Perth (Escocia), Dundrum (Irlanda), Bicêtre (Francia) y Bruges (Bélgica) (8).

A pesar de las prescripciones del R. D. 1-9-1897 y de que nuevamente se ordenó construir por R. D. 26-1-1912 un psiquiátrico penitenciario, lo cierto es que tales previsiones no se materializaron (9) y no hubo otro remedio que continuar con la habilitación de las dependencias de la ya citada Penitenciaría del Puerto de Santa María como «manicomio penitenciario provisional» (14), aunque esta institución no fue la única en albergar a reclusos dementes. A finales de siglo, éstos estaban en las cárceles o en los manicomios de Leganés, San Baudilio de Llobregat, Ciempozuelos, Conxo, Valencia, Zaragoza, Toledo, Valladolid, Sevilla, Cádiz, Granada, Mérida, Reus, Teruel, Logroño, hospital de Santa Cruz de Barcelona, hospital provincial de Salamanca y departamento de Dementes de Almería.

Lo que luego siguió poco interesa a los efectos de mi exposición. Decir, eso sí, que las dificultades presupuestarias dilataron la creación de una institución adecuada y suficientemente dotada (15).

2. LA PRIMERA REFORMA POSTCONSTITUCIONAL DEL SISTEMA: LOGP Y REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1981

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid –Instituto Psiquiátrico Penitenciario en sus orígenes– cuya construcción se inició en 1944. Ubicado en el Complejo Penitenciario de Carabanchel, junto al Centro de Detención de Hombres, el Hospital General, el Reformatorio de Jóvenes y la Escuela de Estudios Penitenciarios, cubriría a partir de entonces las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas.

La reforma de 1968 del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956 (RSP 1956), cataloga al «Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario» como centro asistencial (art. 5.a), que se une a otros dos centros especiales: el Departamento de Oligofrénicos de León, al que iban destinados «todos aquellos que presenten una debilidad de la inteligencia en cualquiera de sus grados» y el Centro de Psicópatas de Huesca, destinado a «internos que presenten dicha anormalidad» (arts. 23.f y h) RSP 1956, redactado según Decreto 162/1968, de 25 de enero).

Con la reinstauración de un régimen democrático la reforma penitenciaria devenía inevitable, tanto por razones legales (16), como por la crítica situación penitenciaria (17). La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP) diferenció tres tipos de establecimientos (art. 7): de preventivos, de cumplimiento de penas y especiales. Dentro de esta última cate-

goría, el art. 11 del mismo texto legal establece unos subtipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social; en todos ellos «prevalece el carácter asistencial» y «el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones» (art. 68.1 LOGP).

El Reglamento de desarrollo de la LOGP fue aprobado por R. D. 1201/1981, de 8 de mayo (RP 1981 en adelante). Dedicó el capítulo IV del Título II al «Régimen de los Establecimientos Especiales», indicando que los «Centros Psiquiátricos» «comprenderán, al menos, Sanatorios Psiquiátricos para Psicóticos o enfermos mentales en sentido estricto, Centros para Deficientes Mentales y Establecimientos para Psicópatas» (art. 56.1.b RP 1981).

En su art. 57 describe el régimen de los Establecimientos Especiales. El ingreso en ellos compete ordinariamente a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (en adelante DGIP), a propuesta de la Junta de Régimen y Administración de los Establecimientos, en el caso de detenidos y presos (art. 57.2) o del Médico del Centro, el Equipo de Observación o de Tratamiento o, cuando corresponda, por el equipo técnico a que se refiere el art. 39 LOGP, en el caso de los penados (art. 57.3), aunque en casos de urgencia el Director de un Establecimiento podría ordenar el ingreso a propuesta del facultativo (art. 57.4).

La clasificación interior inicial corresponde al facultativo de guardia (art. 57.5, pfo. 2.º), hasta la clasificación definitiva por el psiquiatra (art. 284.8.^a RP 1981). En lo posible debían observarse los criterios de clasificación de la LOGP (art. 16) y del RP 1981 (arts. 14, 38 y 39): detenidos, presos, penados y sometidos a medidas de seguridad; primarios y reincidentes; hombres y mujeres; jóvenes y adultos; detenidos y presos por delitos dolosos de aquellos que lo están por delitos de imprudencia y, en fin, entre enfermos físicos o mentales de los que pueden hacer un régimen normal.

El régimen general de funcionamiento se caracteriza por la omnipresencia del facultativo, a pesar de las amplias funciones de la Junta de Régimen y Administración.

También el examen de los expedientes disciplinarios requiere que la Junta de Régimen oiga el informe de los facultativos antes de imponer las sanciones, debiendo aplazar, interrumpir o sustituir por otras las sanciones «cuando así proceda a la vista del informe motivado de los facultativos» (art. 57.13). Además, se contempla la existencia de departamentos para «internos que hagan imposible la ordenada convivencia» y «contravengan las normas de régimen del mismo y las indicaciones de los facultativos», pero «sin desatender las exigencias de los cuidados y prestaciones asistenciales» (art. 57.8).

El art. 56.2 RP 1981 prescribe que «el régimen de los Establecimientos Especiales tendrá como finalidad armonizar las exigencias del tratamiento asis-

tencial que requieren los internos ingresados en los mismos, con las derivadas de la situación procesal o penal de dichos internos», concreción del ya citado art. 68.1 LOGP. En consecuencia, se aplicarán a los detenidos y presos de un lado, y a los penados de otro, las normas de régimen que contiene el Reglamento Penitenciario pero sólo «en cuanto no resulte afectada la finalidad asistencial de los Centros Especiales» (art. 57.9).

En el período postconstitucional el panorama de establecimientos de acogida de enfermos mentales internados por razón penal es el siguiente. Por una parte, existe como único establecimiento específico para enfermos mentales varones el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (ubicado en el complejo penitenciario de Carabanchel), mientras que el establecimiento de Yserías acogía un departamento para mujeres enfermas mentales. Se mantienen los centros especiales de León y Huesca en los términos descritos.

El Departamento de Oligofrénicos de León fue suprimido por Orden de 22-5-1990 (BOE de 3 de julio), creándose un Departamento análogo en Sevilla, pues el Gobierno delegó en la DGIP la determinación del destino concreto de los diferentes regímenes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Orden de 23-3-1990, BOE de 27 de junio). Posteriormente se suprime el Departamento de Oligofrénicos de Sevilla y se crea el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Orden 1-6-1990, BOE de 30 de junio), con capacidad para 150 camas. Por su parte, el Centro de Psicópatas de Huesca es suprimido por Orden de 22-5-1990 (BOE, 3 de julio), tras las duras críticas vertidas en un Informe de la Asociación de Derechos Humanos en 1982. Sus pacientes fueron trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

En fin, se suprimió, por unificación con el Centro Penitenciario de Preventivos de Madrid, el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, por Orden de 22-5-1990 (BOE, 3 de julio). En su cierre probablemente tuvo que ver el contundente informe que elaboró la Comisión de Legislación de la AEN (18; 19), que lo calificaba como «una extraña institución totalitaria y cerrada, en la que se entremezcla y superpone la estructura de una antigua cárcel de máxima seguridad (sin las técnicas modernas) con la de un anacrónico asilo u hospicio psiquiátrico». Destacó el poder los llamados «enfermeros» (reclusos), que imponían un régimen de «puro terror» a los pacientes; el carácter, en la práctica indefinido, de algunos internamientos, cuyo fin siempre estaba supeditado a la autorización judicial y se enfrentaba al rechazo de la sanidad civil; la inexistencia de terapia ocupacional o laborterapia «por ahorro de la institución», limitándose los tratamientos a los de carácter farmacológico; la obligatoriedad (sin exclusiones) de la medicación; existencia de un pabellón de «agitados» que era lugar más de sanción que de tratamiento. La conclusión fue solicitar el cierre y la desaparición de centros de este tipo «por ser lugares que pese a ser llamados hospitales donde se imparte tratamiento,

no son mas que centros de reclusión donde los derechos de sus internos son inexistentes y donde el proceso terapéutico de cura no existe».

Tras el cierre del establecimiento de Madrid, 34 pacientes fueron ingresados en el de Alicante el 27-3-1990. Posteriormente se clausuraría el departamento de mujeres de Madrid, siendo trasladadas 11 de ellas al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante el 22-3-1991; desde entonces ocupan un ala de uno de los tres Pabellones del establecimiento.

3. EL RÉGIMEN VIGENTE: CÓDIGO PENAL DE 1995 Y REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1996

3.1. *El nuevo Código Penal*

El nuevo Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (CP), llevó a cabo una profunda reforma en el ámbito que aquí se trata. La regulación del internamiento psiquiátrico de origen penal se regula en su art. 101 en los siguientes términos: «1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al núm. 1.º art. 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 art. 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo». Se introduce así, por vez primera en nuestro ordenamiento, un límite al internamiento, ya que «las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor» (art. 6.2 CP).

El hasta entonces carácter indefinido del internamiento psiquiátrico penal, venía siendo ampliamente contestado por la doctrina. Mena afirmó que «el enajenado del art. 8.1.º del Código Penal queda sometido a una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico indefinido, que, constituye la única excepción al imperio de principio de legalidad» (20); Del Torco habló de la existencia de reclusión perpetua en el Derecho Español por vía de internamiento psiquiátrico» (21). Tampoco faltaron propuestas en el sentido de abogar porque se aplicaran las reglas de ejecución de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 para, de esta forma, supeditar la duración de la medida al cese del estado peligroso del enajenado (22). En lo que a mí respecta, participé esta situación al entonces Presidente del Tribunal Constitucional, mi buen amigo y maestro Francisco Tomás

y Valiente, cruel e insensatamente asesinado tras dejar su cargo. Éste, en carta personal que me remitió el 9-2-1987, me decía: «bien sabes que si me han preocupado los pobres hombres del Siglo XVII que sufrían entonces por causas semejantes a éstas, más me tienen que preocupar y me preocupan los hombres vivos que están en la situación que tú describes». Él y yo éramos conscientes de que el Tribunal que entonces presidía no tenía directa competencia sobre el tema hasta tanto no se planteara un recurso de amparo, no obstante remitió al entonces Ministro de Justicia Fernando Ledesma la memoria justificativa que yo le había enviado, que básicamente se centraba en el aspecto reseñado: el carácter indefinido de los internamientos.

Poniendo coto a los posibles desmanes que se podían producir por una irrazonable perpetuación del internamiento, el Tribunal Constitucional había dictado, con anterioridad al CP 1995, las Sentencias 112/1988 y 24/1993. En la última, refiriéndose al art. 8.1 CP, afirma: «el precepto cuestionado no consagra una privación de libertad indefinida en el tiempo y dejada a la plena disponibilidad del órgano judicial competente... entre las condiciones mínimas que debe cumplir una medida de internamiento, aparte las anteriormente mencionadas (justificación plena de la enajenación mediante informes médicos y que ésta revista un carácter o amplitud que aconseje el internamiento), destaca la de que el internamiento no puede prolongarse válidamente cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo. En consecuencia, resulta obligado el cese del internamiento, mediante la concesión de la autorización precisa, cuando conste la curación o la desaparición del estado de peligrosidad que motivó el mismo, correspondiendo al Tribunal penal realizar los pertinentes controles sucesivos a tal fin (STC 112/1988)». De este modo nuestro TC vino a asumir el contenido de la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el *Caso Winterwerp*, S. 24-10-1979, al interpretar el art. 5.1.e del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1950: dado que los motivos que justificaron la decisión de internar pueden dejar de existir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo.

El CP de 1995 también describe un elenco de opciones posibles que modifican tal límite máximo (art. 97 CP), ya que el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta, sobre la que resolverá el juez o tribunal sentenciador mediante un procedimiento contradictorio (23). Para hacer aquella propuesta, según indica el art. 98 CP: el Juez de Vigilancia Penitenciaria «deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad, y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene».

La intervención del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, en general es bien acogida por la doctrina, (24) (25), aunque no hayan faltado voces críticas (26).

3.2. *El nuevo –y vigente– Reglamento Penitenciario*

La adaptación reglamentario-penitenciaria al nuevo CP, tuvo lugar por R. D. 190/1996, de 9 de febrero, que aprueba un nuevo Reglamento Penitenciario (en adelante RP 1996) que pretende «extraer las potencialidades más innovadoras de la LOGP» (Preámbulo).

En la materia que aquí interesa el Capítulo VII del Título VII del nuevo Reglamento (arts. 183-191) lleva a cabo profundísimas modificaciones. En primer lugar, se diferencian dos tipos de instituciones para la acogida de los enfermos mentales reclusos por razón penal: los «establecimientos» y las «unidades psiquiátricas». «Por establecimiento o centro se entiende una entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia», que a su vez «estarán formados por unidades, módulos y departamentos que faciliten la distribución y separación de los internos» (art. 10). El establecimiento psiquiátrico penitenciario tiene pues entidad propia, mientras que la «unidad psiquiátrica» no deja de ser una dependencia adscrita a un «establecimiento». El nacimiento de la figura de las «unidades psiquiátricas penitenciarias», no justificado en el Preámbulo del Reglamento, parece razonable, ya que tiene que ver con la prescripción contenida en el art. 191.2 del texto reglamentario, conforme al cual: «La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes».

Establecimientos y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias, se califican como «centros especiales», en coherencia con lo dispuesto en los arts. 7.c) y 11.b) LOGP, en donde ingresarán, tanto las «personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario», como los «penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad psiquiátrica penitenciaria» y, además, de los anteriores, «los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe» (art. 184 RP 1996).

Junto a las modificaciones reseñadas, se introducen en el nuevo RP importantes innovaciones en el ámbito estructural-funcional que merecen un más detenido análisis. Antes de proceder al mismo destacar dos datos: a) la rotunda discordancia entre la «cárcel legal» y la «cárcel real» (27), entre el psiquiátrico penitenciario teórico a la luz de la ley y reglamento penitenciarios y el psiquiátrico penitenciario efectivo y b) que nada obliga a que el internamiento para tratamiento médico haya de tener lugar necesariamente en un «hospital psiquiátrico penitenciario» (23) (24).

3.2.1. La estructura directiva

La estructura directiva-técnica de los establecimientos penitenciarios en España se desdobra en dos tipos de órganos: unipersonales y colegiados. Entre los segundos no tiene ningún interés abordar aquí ni las funciones de la Comisión Disciplinaria –las disposiciones de este orden no son de aplicación a los establecimientos y unidades psiquiátricas (art. 188.4 RP 1996)– ni las de la Junta Económico-Administrativa –cuyo cometido, regulado en el art. 278 RP 1996, poco tiene que ver, al menos directamente, con las cuestiones que aquí nos ocupan. No sucede lo mismo con los otros órganos colegiados, Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento, respecto a los que se ha producido una «perversión» del sistema al ser injustificada e impertinentemente unificados en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

El Consejo de Dirección (heredero de las anteriores Juntas de Régimen y Administración) está integrado por el Director, los Subdirectores de Régimen, Seguridad, Tratamiento, Médico y Personal (si lo hubiere) y el Administrador (art. 270 RP 1996). En los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se añade el Subdirector de Enfermería y no existe el de Personal. Las funciones del Consejo de Dirección, de por sí amplias (art. 271.1 RP 1996), devienen omnímodas en lo que a psiquiátricos penitenciarios respecta, como veremos.

Las insuficiencias del vigente RP se vieron agudizadas mediante una perversa alteración por la DGIP de los contenidos competenciales de los órganos colegiados de las instituciones psiquiátricas penitenciarias, que tuvo como resultado una flagrante violación de la legalidad constitucional y ordinaria y de la normativa reglamentaria de aplicación, ya que la Circular 07/96 IP, 12 de junio de 1996, dispuso en su apdo. 10.º: «En los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas las funciones asignadas reglamentariamente a la Junta de Tratamiento serán asumidas por el Consejo de Dirección». La trascendencia de ésta, aparentemente inocente disposición infra-reglamentaria, es muy elevada, como comprobaremos.

Por su parte, la Junta de Tratamiento está compuesta por: el Director (que la preside), el Subdirector de Tratamiento, el Subdirector Médico, los Técnicos

de Instituciones Penitenciarias que hayan intervenido, en su caso, en las propuestas sobre las que delibere, el Coordinador de los servicios sociales penitenciarios del Centro, un Educador, que haya intervenido en las propuestas y un Jefe de Servicios, preferentemente el que haya intervenido en las propuestas (271.1 RP 1996).

Son funciones de la Junta, «sin perjuicio de las funciones del Centro Directivo y del Equipo Técnico» –me limito a las de aplicación a instituciones psiquiátrico-penitenciarias–: establecer los programas de tratamiento y los modelos individualizados de ejecución penitenciarios para cada interno del Centro, supervisar la ejecución de las actividades programadas por el Equipo Técnico, adoptar los acuerdos que estime pertinentes sobre las peticiones y quejas que formulen los internos a los Equipos Técnicos sobre su clasificación, tratamiento o programa de intervención, conceder los permisos penitenciarios de salida, previo informe del Equipo Técnico, solicitando la autorización del Juez de Vigilancia o del Centro Directivo, según corresponda, organizar la ejecución de las prestaciones de carácter asistencial que precisen los internos o sus familiares, fomentar las actividades laborales de los internos, cuidando que las mismas se desarrollen con arreglo a las normas vigentes, así como organizar, etc. y remitir los informes a que hace referencia el art. 39 LOGP («diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los internos»).

A tenor de lo establecido en el art. 25.2 de la Constitución Española (en adelante CE) «Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social». De ahí deriva que los establecimientos en donde se cumplen aquellas «[tengan] como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad» (art. 1 LOGP). Idéntica declaración se contenía en el art. 1 RP 1981 y en el vigente art. 2 RP 1996.

El instrumento de esta labor reeducativo-reinsertadora es el llamado «tratamiento penitenciario», que consiste en «el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados (*sic*)» (59 LOGP) y otro tanto sucede con los sometidos a medidas de seguridad. En efecto, el art. 11 LOGP señala que «los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial», y entre los tipos de centros especiales se indica expresamente que tal condición tendrán los «Centros psiquiátricos» (apartado b) del citado art. 11 LOGP). En tales centros «el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones» (art. 68.1 LOGP). Es evidente por tanto que en los «establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias» el instrumento de reeducación y reinserción de los en ellos internados no es otro que el «tratamiento» armonizado con el fin específico de los mismos: la atención psiquiátrica.

El órgano administrativo al que se atribuye «las tareas de observación, clasificación y tratamiento penitenciario» son las Juntas de Tratamiento, encargándose de la ejecución de dichas tareas los llamados «Equipos Técnicos» (art. 111.1 RP 1996).

La distinción de funciones atribuidas a Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento es clara. Corresponden al primero tareas que tienen por común denominador los aspectos regimentales: supervisión de la actividad general del centro; elaboración de normas de régimen interior; adopción de medidas en casos de alteración del orden, determinación del número de puestos auxiliares; determinación de horarios de comunicaciones, paquetes y recuentos; determinación de las áreas regimentales de participación de los internos (arts. 271 y 273 RP 1996). Muy otro es el cometido de la Junta de Tratamiento.

Precisamente, porque las funciones son distintas, distinta es la configuración de uno y otro órgano. Sin embargo, en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, el órgano administrativo que, por ejemplo, informa los permisos (o salidas terapéuticas) es el Consejo de Dirección; es decir: el Administrador, el Subdirector de Seguridad, el Subdirector-Jefe de la Oficina Régimen, etc. Por el contrario, en un centro penitenciario ordinario quien informa dichos permisos es el jurista, el psicólogo, el trabajador social, el educador, etc.

La decisión de atribuir al Consejo de Dirección las funciones de la Junta de Tratamiento no es nada inocente. Supone ni más ni menos que regimentalizar una institución especial. Es una apuesta por un modelo burocrático-penitenciario, bien lejos del tratamental, pues, habida cuenta que los establecimientos especiales (psiquiátricos en nuestro caso) «son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial» (11 LOGP), mal se compadece este hecho con atribuir en estos centros todo un cúmulo de funciones asistenciales a un órgano básicamente regimental. Mientras en un centro penitenciario ordinario, la Junta de Tratamiento integrada por diferentes especialistas asume funciones decisivas en el ámbito tratamental y asistencial, en los psiquiátricos penitenciarios es un órgano regimental el encargado de tal tarea. Esto constituye a mi entender un caso claro de afectación de derechos, incluso fundamentales (25.2 CE).

En el plano de la legislación ordinaria, la Circular 7/1996 es nula de pleno derecho, ya que vulnera la Constitución (25.2 CE), la ley (11 LOGP) y disposiciones administrativas de rango superior (RP 1996) (art. 62.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en adelante LRJPAC). Además dicha Circular configura un ámbito que le es impropio, ya que destinado este tipo de disposiciones a «dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes» (21.1 LRJPAC), invade materias que afectan directamente a los ciudadanos ingresados en los centros especiales psiquiátricos. Y, en fin, suponer una auténtica «des-

viación de poder» («ejercicio de potestades administrativas para fines distintos de los fijados por el ordenamiento jurídico») (art. 70. 2 pfo. 2.º de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa), lo que conlleva su anulabilidad (63.1 LRJPAC).

Las contradicciones del panorama normativo llegan al punto de que el art. 284.8.ª RP 1981 establece en norma, ciertamente degradada más aún en vigor, que el psiquiatra «en los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento y al imperativo de las necesidades psiquiátricas».

Lamentablemente con la Circular citada se ha producido una involución en el ámbito psiquiátrico penitenciario. No hay exageración. Una comparación con la actual situación en cualquier otro centro penitenciario ordinario depara un mayor peso de lo tratamental sobre lo regimental en éstos que en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

Si la comparación se hace con el primer reglamento de la era democrática, el de 1981, la situación ha empeorado, ya que durante la vigencia de aquél los Equipos Técnicos y las Juntas de Tratamiento tenían igual composición que en los restantes centros penitenciarios. Con una importante diferencia, en el establecimiento de mayor entidad, el de Alicante, dicha Junta de Tratamiento asumía las funciones de la Junta de Régimen y Administración, antecedente en lo que aquí interesa de los actuales Consejos de Dirección (269.1 y 270 RP 1981), pues el Centro Directivo aprobó que este establecimiento funcionara en régimen de comunidad terapéutica.

Remontándonos en el tiempo, el Reglamento de la segunda parte de la dictadura (rige de 1956 a 1981), la Junta de Régimen y Administración, máximo órgano de cada centro estaba integrado por los mandos del centro (Director, Subdirector y Administrador) además de por los elementos tratamentales de la época (capellán, médico, maestro y superiora de la comunidad de religiosas en su caso) (art. 197 del Decreto de 2 de febrero de 1956, por el que se aprueba el RSP 1956). Respecto a estos últimos ha de tenerse en cuenta que a la Junta de Régimen y Administración le correspondía «establecer las normas adecuadas para el tratamiento de los reclusos». Incluso en los psiquiátricos se atribuía al «médico de prisiones de la especialidad» (psiquiatra) «el tratamiento, régimen especial y disciplina a que han de someterse los enfermos, así como las clasificaciones y separaciones legales y de vida interna de los reclusos» (102 RP 1956), atribución hoy inexistente.

Incluso el reglamento autoritario por excelencia, el aprobado por Decreto de 5 de marzo de 1948 (en adelante RP 1948), atribuía –con la estructura piramidal y jerárquica de la época– a un Director Médico «especializado en psiquiatría» la res-

ponsabilidad del «tratamiento, régimen y vida disciplinaria de los enfermos psíquicos y establecerá las clasificaciones y separaciones, tanto legales como de vida interna» (art. 123 RP 1948).

En el tránsito de la LOGP al RP 1996 se han perdido en el camino importantes competencias y se han visto excluidas varias figuras de profesionales con un neto perfil tratamental o asistencial (jurista y educador, como ahora veremos). Pero en el tránsito del Reglamento de 1996 a la Circular 7/1996 se ha perdido además toda función decisoria de los órganos especializados. Es decir, los órganos de tratamiento han visto disminuidas sus funciones, y hasta sus componentes, todo en aras del régimen penitenciario. Y esto sucede en unos establecimientos en los que supuestamente «prevalece el carácter asistencial» (art. 11 LOGP). Hasta tal punto se ha degradado el marco jurídico de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios que incluso en los reglamentos de la dictadura –al menos nominalmente– se atribuía mayor presencia y decisión a los componentes tratamentales de la época, por pintoresco que hoy nos pueda parecer alguno de ellos.

3.2.2. La estructura técnica en general (los «equipos multidisciplinares»)

3.2.2.1. Origen, evolución y desvirtuación del órgano

En los establecimientos ordinarios existe un «Equipo Técnico», que «puede» estar formado (art. 274 RP 1996) por: un jurista, un psicólogo, un pedagogo, un sociólogo, un médico, un Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado universitario en Enfermería, un Maestro o Encargado de Taller, un Educador, un Trabajador Social, un Monitor Sociocultural o Deportivo y un Encargado de Departamento. Tal composición refleja la existencia de un órgano de base, sobre el que se asienta la discusión previa del programa de tratamiento de los internos de los establecimientos penitenciarios. Sus funciones más relevantes serían (275 RP 1996): la ejecución de los programas de tratamiento –cuya elaboración recordemos compete a la Junta de Tratamiento–, el conocimiento directo de los problemas y de las demandas que formulen los internos, proponer a la Junta de Tratamiento la adopción de las medidas necesarias para superar las carencias que presenten los internos, atender las peticiones y quejas que le formulen los internos respecto a su clasificación, tratamiento o programa de intervención, evaluar los objetivos alcanzados en la ejecución de los programas de tratamiento e informar de los resultados de la evaluación a la Junta de Tratamiento, el asesoramiento pedagógico o psicológico en los talleres y escuelas de formación profesional.

El equivalente de los «Equipos de tratamiento» de los centros penitenciarios ordinarios son los «Equipos multidisciplinares». Tanto el origen de los mismos,

como su desvirtuación posterior requieren algunas precisiones. Informalmente, la primera reunión de un «Equipo Multidisciplinar» –incluso tal nombre se utilizó desde sus inicios, aunque no estuviera contemplado en el organigrama oficial– tuvo lugar en el Pabellón II del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante el 22-9-1992. Su impulsora fue la Dra. Ángeles López López (Psiquiatra de II.PP) que contó con el apoyo del Psicólogo del Pabellón Juan Luis Núñez y del resto del personal del mismo, entre los que se encontraba el autor de este artículo. El objetivo de la reunión fue el estudio de los asuntos que iban a tratarse en la siguiente Junta de Tratamiento (que entonces estaba desvinculada del aparato regimental que posteriormente se impuso). La última de las reuniones se celebró el 14-6-995.

Durante el tiempo de funcionamiento de esta estructura informal se abordaron cuestiones de muy diversa índole, abarcando desde cuestiones netamente terapéuticas a condiciones de régimen y vida de los pacientes. El grupo de asistentes varió, pero nunca faltaron los miembros del Equipo de Tratamiento. En total, 49 profesionales distintos participaron en las reuniones del «equipo multidisciplinar» oficioso del Pabellón II, ya que la pretensión no era excluir sino integrar a todos los profesionales que prestaban de una u otra forma asistencia a los pacientes.

Lamentablemente cuando llegó la respuesta oficial, en forma de nuevo Reglamento, se excluyó a profesionales que forman parte de todos los Equipos Técnicos de la Administración Penitenciaria (jurista, educador, profesor de la unidad docente, encargado de departamento) o que debieran formar parte habida cuenta de su integración en la estructura asistencial (terapeutas ocupacionales). Pero no se produjo un trasvase de «poderes» decisorios, pues estos salieron de la órbita sanitaria en particular y tratamental en general, para pasar a ser atribuidos al órgano regimental por antonomasia, el Consejo de Dirección, como antes quedó expuesto.

Con la aprobación del RP 1996, se perdió una buena ocasión para llevar a efecto una reconfiguración del organigrama asistencial y decisorio de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

La instauración oficial de los «equipos multidisciplinarios» tuvo lugar a través del art. 185.1 RP 1996, que dice: «Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquellos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación». Son cometidos del «Equipo Multidisciplinar»: En primer lugar: «presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio

pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro» (186.2 RP 1996). Posteriormente, y debido a que «la peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución» (187.1 RP 1996).

El problema es que mientras los «Equipos Multidisciplinares» tienen la labor de elaborar propuestas al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, (arts. 186-187 RP 1996 y art. 98 CP 1995) por mor de la citada Circular de la DGIP, son los Consejos de Dirección (órgano regimental, que no se rige por ningún criterio científico), los que se interponen entre los profesionales que tratan al paciente y la autoridad judicial. Por tanto, las propuestas terapéuticas de los equipos multidisciplinarios pasan por el «filtro» de un órgano regimental. En la práctica, frente a propuestas de «salidas terapéuticas» para un paciente, basadas en el informe de los especialistas que lo atienden, no es inusual que el Consejo de Dirección informe a la vez a la autoridad judicial que no estima pertinente la aprobación de las mismas «dado el escaso tiempo que lleva el paciente en el centro», «dada la gravedad del delito», «habida cuenta de su peligrosidad». Es decir, lo regimental impera sobre lo asistencial. Y todo ello sin base legal ni reglamentaria alguna. Ciertamente insólito si fuera un hecho puntual, inquietante cuando la situación perdura durante ya una década.

3.2.2.2. La eliminación de figuras garantistas

A las disfunciones citadas se unen otras, tampoco menores. En todo establecimiento penitenciario ordinario existen dos figuras a las que se encomiendan funciones que tienen que ver, en alto grado, con las garantías de los internos —aquí pacientes— reclusos.

Al antes Jurista-criminólogo, hoy denominado «jurista», se le encomienda «asistir como vocal a las reuniones del Equipo, participando en sus actuaciones y acuerdos». Integrante de la Junta de Tratamiento y del «Equipo Técnico» en cualquier centro ordinario (arts. 272.1.c) y 274.1.a) RP 1996), sin embargo queda excluido de la nueva criatura («equipo multidisciplinar») que no es Junta de Tratamiento (art. 185.1 RP 1996). La labor de asesoramiento de la dirección de cada establecimiento (art. 281.8.^a RP 1981) y la necesidad de aportar su conocimiento técnico a las labores de los diferentes órganos decisorios de las instituciones psiquiátrico-penitenciarias hacen inexplicable su exclusión, máxime cuando

también se le atribuye la labor de «informar a los internos acerca de su situación penal, procesal y penitenciaria, bien por propia iniciativa, cuando lo crea adecuado, bien a petición del interno» (art. 281.6.^a RP 1981).

Más grave si cabe es la eliminación de los «educadores» en los equipos multidisciplinarios. Los Educadores, funcionarios con «capacitación específica para tal función», son «colaboradores directos e inmediatos de los Equipos de Observación y de Tratamiento», siendo sus funciones: la «observación directa del comportamiento» de los internos/pacientes, colaborar con los especialistas del Equipo, organizar las actividades deportivas y recreativas o constituir una «carpetta de información personal sobre cada interno del grupo o subgrupo que tenga atribuido». Además han de «atender al grupo o subgrupo de internos que se les asigne, a quienes deberán conocer lo mejor posible, intentando *mantener con ellos una buena relación personal, y a los que ayudarán en sus problemas y dificultades durante su vida de reclusión, intercediendo, presentando e informando ante la Dirección del Establecimiento sus solicitudes o pretensiones*» (296.1.^a RP 1981). Tal relación con el interno —aquí paciente—, esa labor de intercesión ante la Dirección y, además, su asistencia a las reuniones periódicas de los equipos y juntas de tratamiento erige a esta figura en un elemento fundamental en el mundo carcelario, ya que es un profesional especialmente cercano, una persona «de confianza» del paciente. También sin justificación alguna, quien intercede y presenta ante la Dirección las solicitudes y pretensiones de los internos/pacientes, queda excluido de uno de los foros más relevantes de intermediación, los Equipos Multidisciplinarios y las Juntas de Tratamiento. Se priva así al recluso enfermo mental de un referente de ayuda institucional que ha mostrado su plena validez y operatividad en el medio penitenciario común. No es de recibo tal exclusión, como no son de recibo los perjuicios que ello ocasiona en la «representación» de intereses del paciente.

3.2.3. La estructura médica en particular

3.2.3.1. El uso «administrativo» de la psiquiatría

El Estado —en su materialización operativa, la Administración Pública— es, ante todo y sobre todo, ejercicio de poder. Al mismo tiempo el psiquiatra tiene «poder» en un doble sentido: por un lado, en la relación terapéutica médico enfermo; por otro, en su papel como intermediario entre los presuntos enfermos y las instituciones estatales y no estatales que tienen interés en su actividad (28). Puede calificarse, en este sentido al psiquiatra (penitenciario o no) como «uno de los más importantes agentes de decisión no estatales en la vida moderna» (29). Más radicalmente se ha

afirmado –y en buena medida ha de reconocerse– que la psiquiatría ejerce un rol de control social (30) (31) (32). Szasz incluso afirma que los psiquiatras en el régimen soviético y los asistentes sociales en Estados Unidos satisfacían/satisfacen necesidades básicas del ser humano pero, a la vez, servían/sirven «para controlar en forma sutil pero poderosa a los destinatarios de dichos servicios» (33).

Los psiquiatras tienen la condición de «agentes dobles» de los psiquiatras, con las connotaciones que en el plano ético ello induce. Es preciso averiguar en esa dualidad representativa de quién es realmente agente el psiquiatra: «El psiquiatra debe establecer diagnósticos y orientaciones terapéuticas que tienen indudables connotaciones políticas y sociales. En ese marco es de la máxima importancia a quien representa» (34). Las consecuencias materiales de tal dualidad son de entidad, ya que en las sociedades occidentales «los psiquiatras trabajan, a menudo, como agentes de organizaciones, como escuelas, empresas, los tribunales o el ejército. O, incluso, aunque crea estar trabajando como agente del paciente, se encuentra influido por los deseos de su familia. Esto le produce un conflicto de lealtades cuando el paciente y la organización que le emplea tienen intereses y necesidades opuestas» (34).

Si esto sucede en el campo social general, ¿qué no habría decirse del ámbito penitenciario! Es éste un espacio cerrado, aislado de la sociedad exterior. Afirmaba con toda razón Jaspers que «los *manicomios* son como un mundo en sí», «el ambiente del manicomio crea un mundo» (35). El manicomio, y con mayor razón si cabe si es de índole penitenciario, es una «institución total» (36).

Aquí se encuentra precisamente uno de los pilares básicos del problema manicomial penitenciario. En un espacio cerrado, con escasas conexiones con la sociedad exterior, el psiquiatra –y este discurso es extensible a otros profesionales del tratamiento de los pacientes– se encuentra aislado, siéndole en la práctica único referente la estructura burocrático-carcelaria. A ella se debe, por encima de todo y de todos.

Naturalmente la presencia de un colectivo de profesionales estables –con estabilidad profesional, se entiende– en los psiquiátricos penitenciarios, sería un actor desestabilizador del «sistema». El «sistema» se ha encargado de obviar este inconveniente. En la actualidad en los dos psiquiátricos penitenciarios que dependen de la Administración central, sólo uno de ellos es psiquiatra «por oposición» –como se decía antiguamente–. Sólo uno no está sometido al contundente inconveniente de no ver prorrogado su contrato laboral (cada mes o mes y medio, por sorprendente que parezca esto ha venido siendo habitual) o su contenido funcional (facultativos que, aún con el título de especialistas, opusieron como «médicos generales»).

El profesional de la psiquiatría deviene así en un sujeto perteneciente a un colectivo manejable/manipulable/presionable. Del psiquiatra depende la firma de

una salida terapéutica o permiso, el cambio de departamento, el informe de traslado a otro centro, etc. En el momento en que un profesional no fijo plantea sus reticencias al dictado regimental, siempre puede recordársele su temporalidad y la hipótesis de una no renovación de su «contrato-basura». Si es facultativo que no ha ingresado por la vía legalmente establecida de acceso siempre queda la espada de Damocles de que pueda reconsiderarse el contenido funcional de su puesto, la fórmula de integración el día de mañana como facultativo (de «medicina general»). Por ejemplo, a raíz de una sanción disciplinaria.

3.2.3.2. Dualidad asistencial-pericial y pérdida de la imparcialidad

La pericia psiquiátrica desde el siglo XIX tiene particular relevancia en el proceso penal. En su origen «tiene como objetivo fundamental el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre los hombres y sus acciones» (37), pero su funcionalidad trasciende al mero momento enjuiciador, prolongándose a otro que también es parte del proceso en su fase final, la ejecución. En este sentido sigue siendo una «declaración de conocimiento» de quien no es ni parte ni testigo en el proceso «fundamentada en criterios de la ciencia médica» que tiene por finalidad asesorar al órgano judicial en la ejecución de la sentencia (38).

Sin perjuicio de la labor que corresponde a los médicos forenses para la «emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados a través de los Institutos de Medicina Legal por los Juzgados, Tribunales, Fiscalías, Oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia» (art. 3.a R.D. 296/1996, de 23 de febrero, Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses), al psiquiatra penitenciario le corresponde «emitir los informes que le sean solicitados por las autoridades judiciales y actuar como Perito ante los Tribunales de Justicia si fuera requerido» (art. 284.6.^a RP 1981).

Ahora bien, como quiera que al psiquiatra penitenciario le corresponde asimismo «realizar el tratamiento médico-psiquiátrico de todos los internos enfermos mentales o que presenten anomalías o trastornos de esta naturaleza» (art. 284.2.^a RP de 1981) cabe hablar de su doble rol «asistencial-pericial» (39). Doble rol que perjudica, cuando no anula, una idónea relación terapéutica y que incluso contamina el proceso penal de ejecución. Y ello en la práctica totalidad de los casos, ya que, habida cuenta del estatus socio-económico de la población reclusa, no es imaginable el recurso a «servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias» (art. 212.3 RP 1996).

Al perito le es exigible la imparcialidad (39). Como recuerda la STS 2.^a, 3-11-1995, con cita de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional: «El derecho a un Juez imparcial constituye una garantía que, aunque no se cita expresamente en

el artículo 24.2 de la Constitución, debe considerarse incluido entre ellas, ya que es un elemento organizativo indispensable de la Administración de Justicia en un Estado de Derecho (S. 138/1991, de 20 de junio)». Lo cual significa que en el proceso penal «incluso las apariencias pueden revestir importancia» (Sentencia del TEDH de 26 de octubre de 1984 –caso DE CUBBER–), en virtud del adagio anglosajón según el cual «no sólo debe hacerse justicia, sino parecer que se hace» (Sentencia del TEDH de 17 de enero de 1970 –asunto DELCOURT–) (STC 142/1997, 15 septiembre, FJ 2). Rige pues el conocido adagio anglosajón citado en las Sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en los casos *Piersach* de 17-1-1970 y *De Cubber* de 26.10.1984: «... La justicia no sólo debe hacerse, sino parecer que se hace».

Esta imparcialidad, en su doble manifestación de objetivo y subjetiva (SSTC 64/1997, 7 de abril, FJ 3 y 142/1997, de 15 de septiembre, FJ 2 y 3), no es predicable únicamente de los jueces, sino incluso del perito, pues como señala la STS 2.^a 18-1-1994: «La imparcialidad y la objetividad son denominadores comunes, con las correspondientes matizaciones de jueces y peritos». La intervención del perito «comporta una objetividad posibilitadora del logro de la verdad material» (40), pues «la libertad que tiene el juez para apreciar el dictamen pericial no es garantía suficiente de que una intervención parcial del perito no redunde en perjuicio de la exactitud de los resultados respecto de la prueba de los hechos» (41). Es decir, existe una «analogía entre las funciones de perito y Juez, cada uno dentro de sus especiales conocimientos, que requieren una absoluta imparcialidad» (42).

Si la imparcialidad es una cualidad que se erige en requisito inexcusable de la labor pericial en general, adquiere la misma especial significación cuando se trata de un perito público. Son numerosas las resoluciones judiciales que atribuyen las notas de imparcialidad y competencia a los peritajes encomendados a los funcionarios (o instituciones) públicos pero, además, el art. 103.1 de la Constitución afirma que «la Administración pública sirve con objetividad los intereses generales». Como señala la STC 77/1985, de 27 de junio «[d]entro de esta previsión se incluye el mandato de mantener a los servicios públicos a cubierto de toda colisión entre intereses particulares e intereses generales».

A los peritos públicos se les presupone una especial preparación técnica (SSTS 1-3-1991 y 18-12-1997, entre otras muchas) y una firme imparcialidad. Estas «presunciones» son «valoradas» por los órganos jurisdiccionales, especialmente en el supuesto de concurrencia de exámenes contradictorios, ya que frecuentemente «... se da preferencia a aquél que se ha practicado con todas las garantías de imparcialidad y objetividad, por un profesional cuya especialidad esté acorde con la materia a dictaminar y que disponga de más elementos de juicio (SSTS 1.^a, de 10-2-1989 y 3.^a, de 20-3-1987, etc). Aquel que ofrezca mayor valor de convicción o superior credibilidad (SSTS 4.^a, de 19 y 30 de enero de 1989),

atribuyendo en principio, y mientras no se demuestre lo contrario, igual objetividad a todos los peritos, y es que «no es correcto, procesalmente, comparar el valor de unos y otros informes en función de las respectivas especialidades de los peritos» (Sentencia del Tribunal Supremo de 6-7-1990)» (43).

En definitiva, profesionalmente y con independencia de que el perito sea o no empleado público –aunque más agudizado en este último caso–, debe predicarse la garantía de imparcialidad. El mero ejercicio profesional médico contamina la «neutralidad» del perito y, sin embargo, el perito ha de ser imparcial (44), objetivo.

Además la imparcialidad es un deber deontológico. Por eso el art. 41.3. del Código de Ética y Deontología Médica de 10-9-1999 establece que: «La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente». Y lo es porque la función pericial «está marcada por unos móviles y exigencias (mandato de un tercero, objetividad e independencia de juicio, obligación de testimoniar) muy diferentes de las que presiden la ordinaria relación médico-paciente» (45). Esta obligación rige además, tanto para el perito público como para el privado (art. 41.1 del Código Deontológico referido).

Las negativas consecuencias de la dualidad asistencial-pericial provocan además un notable perjuicio en la relación terapéutica. Como señala Green «la mayor parte de los psiquiatras concuerdan en que todas las formas de tratamiento psiquiátrico (incluyendo los tratamientos somáticos) dependen en gran parte de la relación médico-paciente» (46). Y esa relación dependerá mucho de la «capacidad de confianza y confidencia (*trust and confidence*) intercambiadas entre el paciente y el profesional» (47). Se ha dicho justificadamente que la principal razón por la cual el paciente elige un determinado médico es un título de confianza particular (48). Y, sin embargo, al paciente recluido en un psiquiátrico penitenciario se le «impone» al médico asistencial y al perito, unidos en la misma persona. Lo que contraría el carácter de la medicina como relación personal fundada en la confianza, en calidad de realización interhumana de consentimiento mutuo (49). La confianza es una necesidad humana y un ingrediente esencial de las relaciones sociales, cuya importancia y problemática se acentúan en situaciones de especial dependencia y vulnerabilidad de la persona, como en la relación clínica (50-53).

Es difícil –mas bien diría que imposible– hablar de confianza, ya que –como escribí en otra ocasión (39)– no es infrecuente que el mismo psiquiatra perite y trate al paciente antes de juicio, asista como perito al juicio y luego (durante la ejecución de la medida de internamiento) trate al paciente e informe periódicamente sobre él, con las repercusiones negativas en la relación terapéutica que ello conlleva. Afirmaba entonces y en ello me reafirmo ahora que «pretender, a la vista de lo dicho, que la relación médico-paciente pueda ser mantenida incólume o que el

Psiquiatra puede actuar 'neutra y objetivamente' como perito ya no sólo es una quimera, es un atentado al más elemental sentido común».

En consecuencia, la dualidad funcional (asistencial-pericial), que se produce obligadamente en los establecimientos psiquiátrico-penitenciarios españoles, al contaminar ya no sólo el material procesal conseguido (el informe pericial), sino la propia relación terapéutica médico-paciente, desvirtúa el propio resultado del tratamiento.

3.2.3.3. La ausencia de coordinación especializada y sus consecuencias

Es característica de las instituciones públicas (otro tanto podría decirse de las privadas) la vigencia del principio de jerarquía. La Medicina hospitalaria, por su propia complejidad y la participación concurrente de diferentes especialistas en cada servicio, hace necesaria la figura de un Jefe coordinador de los mismos, en cuyo nombramiento no deben de ser ajenos los principios de mérito y capacidad (54-55).

El Jefe del Servicio se integra en la estructura Hospitalaria bajo la dependencia inmediata del Director Médico (art. 25.2 del Real Decreto 521/1987, 15 abril, que aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud; BOE 16 abril) y teniendo bajo su dependencia a los Jefes de Sección si los hubiere (art. 25.3) y al resto del personal facultativo. Su relevancia en el ámbito hospitalario es patente. No tanto por su función de representación exterior del «Servicio» (art. 7.2.a del Reglamento de Hospitales) cuanto por los cometidos funcionales de tan significado carácter como la organización del servicio o la supervisión de su funcionamiento. Pero es más, el Jefe de Servicio —en este caso de Psiquiatría— es el referente jerárquico asistencial. Quiere con ello decirse que su posición en lo profesional de *primus inter pares* hace en él residenciable la capacidad de decidir ante alternativas terapéuticas. Su decisión última ante casos difíciles y complejos le convierte en referente asistencial.

También en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios tradicionalmente ha existido una figura directiva (global o parcial) o coordinadora técnica de la asistencia psiquiátrica. Basten los ejemplos del R. D. 13.8.1917 que dispuso un detallado organigrama funcional en el Manicomio del Puerto de Santa María, con una dirección técnica que recaería en un médico «de probada competencia en psiquiatría» o la instauración de la figura del «Médico Director» en el Reglamento de Servicios de Prisiones de 1930 (R. D. 14-11-1930). Por su parte el vigente art. 284.8.^a, pfo. 2.º RP 1981, respecto a tales establecimientos señala: «Cuando en dichos Centros haya varios Psiquiatras, uno de ellos actuará como Jefe de los Servicios Médicos y coordinador de todas las actividades sanitarias».

Pero a mediados de los pasados años noventa, el puesto de «Jefe de Servicio» desaparece, tras una efímera presencia, en las Relaciones de Puestos de Trabajo de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. En el caso concreto del Psiquiátrico de Alicante, la persona que venía desempeñando el puesto vio denegada su permanencia en el mismo con el insólito argumento de que no poseía el título de «licenciado en cirugía». Pienso que no fue mera ignorancia de la Administración Penitenciaria la utilización de este pretexto, pues, al fin y al cabo, todos los licenciados en medicina en España lo son a la vez de cirugía, sin perjuicio de la existencia de dicha especialidad. Además ningún servicio de cirugía ha existido jamás en el centro, ni se ha planteado nunca que exista. La razón de fondo para tal cese del puesto primero y supresión del mismo después es bastante menos confesable. No de otro modo puede interpretarse a la vista de que lo primero y lo segundo tuvieron lugar en un contexto de crecientes demandas de la titular del cargo en aquel establecimiento: reclamaciones ante la intolerable injerencia del mando regimental del establecimiento, postergación de las necesidades terapéuticas y escasez de personal (el Psiquiátrico Penitenciario de Alicante permaneció durante unos años con la única asistencia de un profesional de psiquiatra; en algunos períodos con el apoyo de otro psiquiatra a tiempo parcial).

Lo cierto es que en la actualidad los psiquiátricos penitenciarios dependientes de la DGIP carecen de un referente jerárquico a nivel psiquiátrico, lo cual contrasta con la existencia de siete puestos directivos de máximo nivel y docenas de puestos directivos de nivel medio (Jefes de Servicio, Jefes de Centro, Encargados de Departamento –a nivel de seguridad–, supervisores –en el ámbito de Enfermería– y otros tantos cargos de la maquinaria administrativo-carcelaria. Ningún área carece de elemento coordinador (la educación, el trabajo social, etc.). Sólo existe una extraña –y no casual– ausencia en el campo de los especialistas en psiquiatría.

De este modo, las no infrecuentes discrepancias entre profesionales de la psiquiatría –especialidad médica que como es sabido comparte, e incluso intensifica, la plural perspectiva del ejercicio médico– o bien son resueltas con criterios estrictamente regimentales –el Consejo de Dirección, al que se ha aludido, en el ámbito de los órganos colegiados o el Director-Gerente/Subdirector Médico en el plano de los órganos unipersonales– o simplemente –lo más común– no son resueltas. La situación, por tanto, deviene caótica. No es infrecuente que los pacientes vean mudados sus tratamientos, reformados sus planes terapéuticos o discutidas sus expectativas sin recibir explicación alguna o, en el caso de recibirla, estando ésta circunscrita a un hecho ni razonado ni razonable: el cambio de psiquiatra de pabellón o la sustitución de unos profesionales por otros con motivo de vacaciones, permisos o ausencias. El llamado mundo de la «sinrazón» se gestiona así con tan paradójicas como inasumibles «razones».

3.2.3.4. El reclutamiento y formación de personal

La dotación de personal especializado en los psiquiátricos penitenciarios de la DGIP es absolutamente insuficiente. Con suerte, ha habido algunas épocas en las que el mayor de estos establecimientos (el de Alicante) ha estado dotado de 4 ó 5 psiquiatras para una población cercana a los cuatrocientos pacientes. La libranza de guardias, las vacaciones y permisos, la comparecencia a tribunales en ocasiones en el otro extremo de España hacen ya normal que un día ordinario preste servicio un único psiquiatra –para atender a casi 400 pacientes y asistir a cuatro reuniones de Equipo Multidisciplinar semanales– o simplemente ninguno. Algo tan elemental como la disponibilidad de un psiquiatra en un establecimiento psiquiátrico durante todas las horas de todos los días del año no está garantizado, ni de lejos. Sólo la Administración penitenciaria catalana alcanza los mínimos estándares de un país civilizado (en el pabellón de referencia de Cataluña al menos tal presencia se garantiza, habida cuenta de la dotación de 7 psiquiatras para 70 pacientes). Los términos de comparación son desmedidos en relación con los otros establecimientos análogos del Estado (Alicante y Sevilla, este último siempre proporcionalmente mejor dotado).

Tal carencia de personal especializado es extensible a otros ámbitos de la asistencia sanitaria. La dotación de ATS/DUE prevista en las Relaciones de Puestos de Trabajo jamás se ha cubierto, siendo usual que 2-3 de estos profesionales –en ocasiones hasta menos– atiendan a los usuarios / pacientes ingresados.

En el aspecto formativo, se echa en falta la práctica carencia de reciclaje profesional de los psiquiatras penitenciarios. Lo que no es de extrañar ya que tampoco el personal de vigilancia posee ningún tipo de preparación específica para el ejercicio de tales cometidos.

Por si fuera poco tampoco el proceso selectivo de personal respeta los requisitos legales. De manera transitoria y sin respaldo legal alguno, se vienen proveyendo puestos de médicos especialistas de instituciones penitenciarias con funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Con ello se pretendió en su momento satisfacer la carencia de Especialistas en estas Instituciones. Esta solución no es satisfactoria por diversos motivos, ya que: a) El cometido funcional, según norma de rango legal, de los facultativos de sanidad penitenciaria y los «técnicos» especialistas de Psiquiatría es distinto. Basta tener a la vista los arts. 286 y 288 RP 1981. b) La convocatoria de plazas para el acceso al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria *nunca* ha especificado el requisito de titulación de especialistas. c) El programa de las pruebas de acceso es idéntico para todos los Facultativos de Sanidad Penitenciaria (Médicos Generales o Especialistas) y notoriamente distinto al que en su día era exigible para los Técnicos-Especialistas en Psiquiatría.

Desde hace años la vía de provisión de psiquiatras penitenciarios son las convocatorias de facultativos a los que se exige preceptivamente ostentar el título de *médico especialista en Medicina de Familia o en Medicina Interna*. El reclutamiento de psiquiatras por esta vía: a) vulnera las bases de la convocatoria (art. 16.c) del Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General de Ingreso del Personal al Servicio de la Administración General del Estado y de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles de la Administración General del Estado, BOE, 10 de abril); b) comporta una falta de «conexión entre el tipo de pruebas a superar y la adecuación a los puestos de trabajo que se han desempeñar» (art. 19.1. párrafo 2.º de la Ley 30/1984, de 2 de agosto de medida para la reforma de la función pública), pero lo más grave es que c) constituye una vulneración del art. 23.2 de nuestra Constitución, ya que desde el momento en que una convocatoria «oculta» la titulación admisible está privando a ciudadanos que tienen el legítimo acceso a tales funciones a la posibilidad de poder aspirar a ellas. (SSTC 221/2004, de 29 de noviembre y 18/1987, de 16 de febrero).

4. ALGUNAS REFLEXIONES MÁS Y CONCLUSIONES

La forma de organización y el ejercicio de potestades administrativas en absoluto son «neutros». Inciden en la vida y en los derechos de los «administrados» (pacientes psiquiátrico-penitenciarios). Todas y cada una de las «peculiaridades» de los psiquiátricos penitenciarios afectan a los derechos e intereses legítimos de quienes en ellos son involuntariamente ingresados. En definitiva, los derechos del paciente recluido en una institución psiquiátrico-penitenciaria española se encuentran gravemente disminuidos. Como señalamos en otro momento: «Desde hace ya demasiado tiempo la psiquiatría penitenciaria refleja un encefalograma plano. Hora es de intentar un diagnóstico» (56).

El enfermo mental recluido en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios es de peor condición que cualquier recluso. Y ello ya no sólo en razón a su enfermedad, tradicional fuente de marginación, sino porque el marco jurídico-administrativo en el que se desarrolla su estancia restringe las garantías de informadores/intermediadores de los que sí dispone el resto de la población reclusa (jurista, educador) y porque remite a órganos netamente regimentales decisiones que para cualquier otro interno de las prisiones españoles son resueltas por órganos de tratamiento. Si a ello se une la precariedad asistencial de personal especializado, las consecuencias indirectas que provocan el irregular reclutamiento de dicho personal o la nula o escasa formación específica del personal asistencial o de vigilancia, el panorama no puede ser más desolador.

Conviene aquí traer a colación las recomendaciones efectuadas por la ponencia que trató la atención a la salud mental de la población reclusa en el Congreso de la AEN, celebrado en Oviedo en junio de 2003. Se afirmaba allí que «los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Fontcalent (*sic*) deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma» (57). Como programa de máximos puedo compartir tal afirmación aunque, a largo plazo y con ciertas cautelas.

Digo a largo plazo, ya que lo que se postula no es la reforma mera del sistema asistencial psiquiátrico sino del sistema penal, el cual sin duda puede someterse a discusión (58), pero hoy por hoy, es aceptado mayoritariamente. Por otra parte un eventual traspaso competencial de los psiquiátricos-penitenciarios a «las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma» corre el riesgo de que reaparezcan unidades asistenciales de infausta memoria: los «pabellones de judiciales». Pero es que además existe un importante problema de madurez social y profesional. La sociedad hoy no admite que una persona que ha cometido un grave delito pudiera regresar a ella en un plazo más o menos breve. Tampoco los profesionales y administraciones sanitarias aceptan de buen grado asumir casos de pacientes mentales delincuentes. Conozco bien las excusas que se plantean cuando un paciente de un psiquiátrico penitenciario ha cumplido su medida y en este momento aún precisa un internamiento civil.

Siendo loable como meta referencial un «programa de máximos», entiendo no obstante que ello no puede servir de excusa para no poner de una vez sobre el tapete la realidad actual de los psiquiátricos penitenciarios. En estas páginas ha quedado de manifiesto que el enfermo mental recluido en ellos ve disminuidos de forma injustificada y hasta ilegal sus derechos, ya no digo de enfermo, sino incluso de simple recluso.

Entiendo que debe afrontarse, pues, un «programa de mínimos» que simplemente tenga por referente los derechos constitucionales y legales del paciente sometido a una medida de privación de libertad. Ambos programas, el de máximos y el de mínimos son compatibles, aunque el segundo demanda prontitud—inmediatez, yo diría—. Es una situación análoga al famoso dilema de si es mejor donar un pescado a un menesteroso o enseñarle a pescar. Sin duda casi todos nos inclinaremos por lo último aunque, habrá que reconocer, que convendría garantizar que en el proceso de aprendizaje el menesteroso no fallezca por inanición.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI, 1978.
- (2) FERRI, E., *Sociología Criminal*, tomo II, Madrid, Góngora, 1907.
- (3) HOWARD, J., *The State of the Prisons in England and Wales, with Preliminary Observations and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals*. Edición francesa, *État des prisons, des hospitaux et des maisons de force*, París, Chez la Granje, 1788.
- (4) ÁLVAREZ-URÍA, F., *Miserables y locos*, Barcelona, Tusquets, 1983.
- (5) BARRIOS FLORES, L. F., «Un siglo de psiquiatría penitenciaria», *Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*, 2000, 2, 1, pp. 23-30.
- (6) VILLASANTE ARMAS, O., «Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2002, 2, 2, pp. 139-162.
- (7) MOLLEJO, E., y otros, «La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas», en MARTÍNEZ PÉREZ, J., y otros (eds.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Univ. Castilla-La Mancha, 2004.
- (8) ESPINOSA IBORRA, J., *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, 1966.
- (9) CUELLO CALÓN, E., *Penología. Las penas y las medidas de seguridad. Su ejecución*, Madrid, Reus, 1920.
- (10) SALILLAS, R., «Los locos delincuentes en España», *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 94, 1899.
- (11) RIERA, J., «Los hospitales especializados en el siglo XIX», *Asclepio*, XXI, 1969.
- (12) ROLDÁN BARBERO, H., *Historia de la prisión en España*, Barcelona, PPU, 1988.
- (13) POSTEL, J.; QUÉTÉL, C. (comps.), *Historia de la Psiquiatría*, México, FCE, 1983.
- (14) CADALSO, F., *Diccionario de legislación penal, procesal y de prisiones*, Madrid, Imprenta de J. Góngora Álvarez, III, 1907.
- (15) BARRIOS FLORES, L. F., «La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes», *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición III (enero-febrero 2003), pp. 17-30.
- (16) GARCÍA VALDÉS, C., *La reforma penitenciaria española: textos y materiales para su estudio*, Madrid, Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1981.
- (17) GARCÍA VALDÉS, C., *Informe General, 1979*, Madrid, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 1979.
- (18) GONZÁLEZ, O., «La AEN y la situación de los enfermos mentales en España», *Cuadernos Técnicos*, 3, Madrid, AEN, 2000.
- (19) ROIG SALAS, A., «La Comisión de Legislación de la A.E.N. y su trabajo en el ámbito penal. Breve reseña histórica (años 1980-1990)», en HERNÁNDEZ MONSALVE, M.; HERRERA VALENCIA, R. (coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Madrid, AEN, 2003.
- (20) MENA ÁLVAREZ, «Sobre la inconstitucionalidad del internamiento psiquiátrico», en *Estudios jurídicos en honor al profesor Pérez-Vitoria*, Barcelona, Bosch, 1983.
- (21) FERNÁNDEZ DEL TORCO ALONSO, J. M., «La relación jurídica del internamiento psiquiátrico: tratamiento normativo», en DELGADO BUENO, S., *Psiquiatría Legal y Forense*, II, Madrid, Colex, 1994.
- (22) JORGE BARREIRO, A., *Las medidas de seguridad en el Derecho español*, Madrid, Civitas, 1976.

DEBATES E INFORMES

- (23) DE LAMO RUBIO, J., *Penas y medidas de seguridad en el nuevo Código*, Barcelona, Bosch, 1997.
- (24) SÁNCHEZ YLLERA, I., en VIVES ANTÓN, T. S., *Comentarios al Código Penal de 1995*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.
- (25) CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, «Anteproyecto de Código Penal de 1994. Informe del Consejo General del Poder Judicial y voto concurrente formulado», *Cuadernos del Consejo General del Poder Judicial*, Madrid, 1994.
- (26) BIGERIEGO GONZÁLEZ-CAMINO, I., «El sistema de medidas de seguridad», *Revista Jurídica La Ley*, 3961, 1996.
- (27) RIVERA BEIRAS, I., «Radiografía del reformismo penitenciario (veinte años de reforma penitenciaria en España)», en RIVERA BEIRAS, I. (coord.), *La cárcel en España en el fin del milenio (a propósito del vigésimo aniversario de la Ley Orgánica General Penitenciaria)*, Barcelona, Bosch, 1999.
- (28) CHODOFF, P., «Mal uso y abuso de la psiquiatría: visión general», en BLOCH, S.; CHODOFF, P.; GREEN, y otros (eds.), *La ética en psiquiatría*, Madrid, Triacastela, 2001.
- (29) ROBITSCHER, J., *The Powers of Psychiatry*, Nueva York, Houghton-Mifflin, 1980.
- (30) LEONG, G. B., «The Expansion of Psychiatric Participation in Social Control», *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1989.
- (31) BROOKS, A. D., «Law and Antipsychotic Medications», *Behavioral Sciences and the Law*, 1986, 4, pp. 247-263.
- (32) SIDLEY, N. T., «The Right to Involuntary Patients in Mental Institutions to Refuse Drug Treatment», *Journal of Psychiatry and the Law*, 1984, 12, pp. 231-255.
- (33) SZASZ, T. S., *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
- (34) GUIMÓN, J., *Psiquiatras: De brujos a burócratas*, Barcelona, Salvat, 1990.
- (35) JASPERS, K., *Psicopatología General*, Buenos Aires, Beta, 1980.
- (36) GOFFMAN, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Madrid, Amorrortu / Martínez de Murguía, 1987.
- (37) GISBERT CALABUIG, J. A., *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*, Valencia, Saber, 1983.
- (38) GUTIÉRREZ CARBONELL, M., «Tratamiento procesal de la pericia médica en el procedimiento penal. Diligencias de instrucción y pruebas: preconstituidas, anticipadas y plenarias, en Medicina Legal, *Cuadernos de Derecho Judicial*, Consejo General del Poder Judicial, 5, 1993.
- (39) BARRIOS FLORES, L. F., «Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra», *Revista de Estudios Penitenciarios*, 2000, 248, pp. 9-43.
- (40) PEDRAZ PENALVA, E., «Apuntes sobre la prueba pericial en el proceso penal. Particular consideración de la pericia psiquiátrica», *Revista de Derecho Procesal*, 2, 1994.
- (41) PRIETO-CASTRO, L., *Tratado de Derecho Procesal Civil*, Pamplona, Aranzadi, 1982.
- (42) SERRA DOMÍNGUEZ, M., *Comentarios al Código Civil y a las Compilaciones Forales*, XVI, 2, Madrid.
- (43) ABENZA ROJO, J. M., *Psiquiatría legal y forense*, I, Madrid, Colex, 1994.
- (44) BOWDEN, P., «The Written Report and Sentences», en *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, BLUGASS, R.; BOWDEN, P. (eds.), Londres, Churchill Livingstone, 1990.
- (45) HERRANZ, G., *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Pamplona, EUNSA, 1995.
- (46) GREEN, J., *Relación médico-paciente*, en SOLOMON, P.; PATCH, V. D., *Manual de Psiquiatría*, México, Manual Moderno, 1972.

- (47) PRESIDENT'S COMMISSION, *Making Health Care Decisions*, 1, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1982.
- (48) THELIN-CAMPICHE, M. H., *La responsabilité civile du médecin, son aspect juridique, son aspect pratique et son avenir*, Lausana, 1943.
- (49) PELLEGRINO, E. D.; THOMAS, D. C., *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Nueva York, Oxford University Press, 1981.
- (50) SEOANE, J. A., «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*, 2004, 12, I, pp. 41-60.
- (51) PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C., *The Virtues in Medical Practice*, Nueva York, Oxford University Press, 1993.
- (52) LUHMANN, N., *Confianza*, Santiago de Chile, Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica, 1996.
- (53) LAÍN ENTRALGO, P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Madrid, Alianza, 1983.
- (54) GÓMEZ PAVÓN, P., *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*, Barcelona, Bosch, 1997.
- (55) BARRIOS FLORES, L. F.; BARCIA SALORIO, D., *Marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*, Madrid, You & Us, 2005.
- (56) BARRIOS FLORES, L. F.; LÓPEZ LÓPEZ, A., «El psiquiatra penitenciario: una aproximación crítica», *La Ley*, 2002, 5612.
- (57) HERNÁNDEZ MONSALVE, M.; HERRERA VALENCIA, R. (coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Madrid, AEN, 2003.
- (58) QUINTERO OLIVARES, G., *Locos y culpables*, Pamplona, Aranzadi, 1999.

* Luis Fernando Barrios Flores, Doctor en Derecho, Departamento de Estudios Jurídicos del Estado. Universidad de Alicante. Apdo. correos 99. 03080 Alicante.

Correspondencia: luisfbarrios@ua.es

** Fecha de recepción: 2-I-2007.