

El empleo de medios coercitivos en prisión

(Indicaciones regimental y psiquiátrica)*61

Luis Fernando Barrios Flores*

**Artículo publicado en la *Revista de Estudios Penitenciarios*,
núm. 253, 2007, pp. 61-100**

*** Indica el inicio de cada página en el texto publicado**

I. INTRODUCCIÓN. II. MEDIOS COERCITIVOS REGIMENTALES. 1. Concepto y supuestos de empleo. 2. Clases de medios/medidas coercitivas regimentales. 3. Competencia para su uso y control judicial. 4. Principios reguladores en intervenciones por indicación regimental. 5. Sanidad penitenciaria y medios/medidas coercitivas regimentales. III. El fundamento terapéutico en el empleo de medios coercitivos. 1. la indicación psiquiátrica. 2. Panorama normativo español. 3. Panorama europeo. 3.1. La labor de instituciones europeas, especialmente del Consejo de Europa. *62 3.2. El estado de la investigación en Europa. 4. Propuesta de principios reguladores en las intervenciones por indicación psiquiátrica. IV. Conclusiones.

I.- INTRODUCCIÓN.

La coacción está justificada en determinados supuestos. Kant, auténtico paladín de la dignidad y la libertad, lo expresó en unos términos muy adecuados precisamente para el análisis que haré a continuación:

* Funcionario del Cuerpo Especial de II.PP., Educador del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Doctor en Derecho y Profesor Asociado de Derecho Administrativo en la Universidad de Alicante. Forma parte de la Red Internacional de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre "Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación" y ha sido consultor legal en los Estudios europeos EUNOMIA (uso de medios coercitivos en instituciones hospitalario-psiquiátricas) y EUPRIS (salud mental en prisión). Pertenece al Grupo de Trabajo sobre "Salud mental y prisión" (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria-Asociación Española de Neuropsiquiatría).

“La resistencia que se opone al obstáculo de un efecto favorece este efecto y coincide con él. Ahora bien: todo lo que no es conforme al Derecho es un obstáculo a la libertad según leyes generales, y la coacción es un obstáculo o resistencia que la libertad padece. En consecuencia: si un cierto uso de la libertad es él mismo un obstáculo a la libertad según leyes generales -es decir, no conforme al Derecho-, la coacción que se opone a aquél coincide con la libertad. O, lo que es lo mismo, la coacción es un impedimento de un obstáculo a la libertad. O, lo que es lo mismo, la coacción es conforme al Derecho. Por tanto, de acuerdo con el principio de contradicción, al Derecho se halla unida en sí la facultad de ejercer la coacción sobre aquél que lo viola”¹.

Esta correlación Derecho-coacción es pues clara en Kant, quien llega a afirmar que: “Derecho y facultad de coacción significan, por tanto, una y la misma cosa”². E igual de clara, es en un autor de muy diferente perfil –Maquiavelo- cuando afirmó:

“Es menester, pues, que sepáis que hay dos modos de defenderse: el uno con las leyes y el otro con la fuerza. El primero es el que conviene a los hombres; el segundo pertenece esencialmente a los animales; pero, como a menudo no basta con aquél, es preciso recurrir al segundo”³.

La prisión, en sí misma, y sin perjuicio de sus fines reeducadores y rehabilitadores, supone una medida coactiva que restringe en un elevadísimo grado la libertad personal (cuando menos la libertad deambulatoria, aunque no sólo ésta). Junto a los fines indicados, evidentemente tiene además un carácter aflictivo, pues “es cosa grave y molesta al hombre estar preso y cuan penoso lugar y triste fea la carcel”⁴. Por razonamientos mucho más elaborados, las críticas acerca de la prisión abundan desde sus mismos orígenes y la noticia de la crisis de la institución es bien

¹ KANT, Immanuel: *Introducción a la Teoría del Derecho* (Intr. y Trad. Felipe González Vicen), Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1978, pp. 82-83. En el mismo sentido en *La Metafísica de las Costumbres* (Trad. y notas Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho), Tecnos, Madrid, 1989, pp. 40-41.

² KANT, Immanuel: *Introducción a la Teoría del Derecho*, *op. cit.*, pp. 84-85, y en el mismo sentido en *La Metafísica de las Costumbres*, *op. cit.*, p. 42.

³ MAQUIAVELO, Nicolás: *El Príncipe* (Comentado por Napoleón Bonaparte), Espasa-Calpe, Madrid, 13ª edic., 1973, p. 85.

⁴ Encabezamiento del capítulo II de: SANDOVAL, Bernardino: *Tractado del cuydado que se deve tener de los presos pobres*, Casa de Miguel Ferrer, Toledo, 1564.

antigua⁵. Podríamos *63 coincidir con Foucault en que no deja de ser curioso que “la ‘reforma’ de la prisión es casi contemporánea de la prisión misma”⁶.

Y, sin embargo, la prisión como institución persiste a escala universal. Pudiera ser por las razones invocadas por Neuman:

“... mientras existan seres -¡y a fe que los hay!- con abismante capacidad de daño social o el volumen de la criminalidad, los medios y las ideas puestas en la balanza de las realidades no lo permitan, desgraciadamente la prisión tradicional deberá seguir..., claro que aplicándola con tino en el marco de terapias adecuadas que permitan brindar la posibilidad de un nuevo crédito de confianza a ese ser humano”⁷.

Pues bien, si la prisión es coacción, en la práctica penitenciaria no ha sido ni es inusual el empleo interno de medios coercitivos. Es el uso de la coacción en el seno de una institución asimismo coactiva⁸. Tales medios se aplican o por motivos regimentales (intento de evasión, violencia frente a terceros, resistencia a órdenes del personal penitenciario) o por razones terapéuticas (conductas autolíticas en sus diferentes manifestaciones, crisis psiquiátricas o enfermedades infecto-contagiosas). En unos y otros casos es evidente que este conjunto de medidas “dañan como ninguna otra los derechos de los reclusos”⁹.

Intentaré aquí mostrar que la actual regulación penitenciaria del tema es confusa e insuficiente, especialmente en lo que a intervención de la sanidad penitenciaria respecta. Lo primero deriva del hecho de que la normativa vigente adolece de un grave defecto, la indiferenciación de los dos fundamentos posibles del empleo de este tipo de medios (el regimental y el terapéutico). Lo segundo, es manifestación de las carencias que nuestro

⁵ DORADO MONTERO, Pedro: *El Derecho protector de los criminales*, s.l., s.i., s.n. [1907?]. (Es una prueba incompleta hallada en la biblioteca personal del autor, depositada en la Casa Miguel de Unamuno de la Universidad de Salamanca), Cap. XXIII: “Sobre la reforma penitenciaria”, p. 472: “La cárcel, forma de penalidad en la que, durante el siglo XIX, puede decirse que han venido a refundirse todas las demás anteriormente existentes, se halla en crisis. La gran confianza que en ella se había puesto, como la pena por excelencia, está perdida, poco menos que del todo”.

⁶ FOUCAULT, Michel: *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, Madrid, 1978, p. 236.

⁷ BERISTAIN, Antonio y NEUMAN, Elías: *Criminología y dignidad humana (diálogos)*, Depalma, 2ª edic., Buenos Aires, 1991, p. 105.

⁸ Destaca la STC 74/1985, de 17 de julio (FJ 4º) que el aislamiento en celda (se refiere a la sanción, pero ello no es obstáculo para hacerlo extensivo al aislamiento provisional como medio coercitivo no sancionador) “implica una grave restricción de la ya restringida libertad inherente al cumplimiento de la pena”.

⁹ MAPELLI CAFARENA, Borja: *Principios Fundamentales del Sistema Penitenciario Español*, Bosch, Madrid, 1983, p. 284.

ordenamiento jurídico tiene en el ámbito sanitario –general y no sólo penitenciario- respecto a actuaciones llevadas a cabo sin consentimiento del paciente.

Antes de nada, son pertinentes algunas precisiones conceptuales. En primer lugar, la coerción puede entenderse como actuación preventiva, pero también como castigo. La etimología del término incluye ambas nociones. *Coercitio* es represión o sujeción, pero también castigo o pena; *coerceo* es encerrar, contener o mantener dentro de unos límites, pero también alude a la corrección de una conducta. En mi indagación descarto las segundas significaciones, para centrar mi atención en las primeras. Me centraré por tanto en la coerción, entendida como “determinación por un individuo de los rasgos esenciales de la conducta de otro”¹⁰; o, en otros términos: “Un Hombre está *64 siendo *coaccionado* cuando cualquier tipo de fuerza es usada contra él o su conducta está siendo determinada por la amenaza de la fuerza”¹¹. En consecuencia, viene a suponer la coerción la determinación, por los responsables de la “institución total” penitenciaria¹², del ámbito de actuación de los reclusos vinculados a ella a través de una relación de sujeción especial¹³.

Respecto a la denominación a emplear no es uniforme la doctrina. Algún sector doctrinal utiliza el término “medidas”¹⁴, mientras que otros autores se inclinan por el de “medios”¹⁵. Incluso no faltan quienes imbrican ambos términos, y consideran que los “medios” coercitivos

¹⁰ HAYEK, F. A.: *The Constitution of Liberty*, University of Chicago Press, Chicago, 1960.

¹¹ LUCAS, J.R.: *The Principles of Politics*, The Clarendon Press, Oxford, 1966, p. 57.

¹² GOFFMAN, Erving: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu-Martínez de Murguía, Madrid, 1987.

¹³ Recuerda la STC 129/1995, de 11 de septiembre, que “no es ocioso recordar que el internamiento de un ciudadano en un Centro Penitenciario vincula al interno con la Administración estableciendo una relación de sujeción especial (SSTC 74/85, 2/87, 120/90 y 57/94, entre otras) que le somete a un poder administrativo autónomo y más intenso que el que se proyecta sobre el común de los ciudadanos”. Vid. sobre el tema: GALLEGO ANABITARTE: “Las relaciones especiales de sujeción y el principio de la legalidad de la Administración”, *Revista de Administración Pública*, núm. 34, 1961, pp. 11-51.

¹⁴ POLAINO NAVARRETE, Miguel: “Las medidas coercitivas de la disciplina penitenciaria”, en AA.VV.: *Comentarios a la legislación penal. Ley Orgánica General Penitenciaria*, Tomo VI, Vol. I, Madrid, 1986, pp. 657 y ss, en especial 665; DELGADO LÓPEZ, Luis María: “Las medidas coercitivas (artículo 45 LOGP)”, en AA.VV.: *Ministerio Fiscal y sistema penitenciario*, Madrid, 1992, pp. 173 y ss y GONZÁLEZ CANO, María Isabel: *La ejecución de la pena privativa de libertad*, Valencia, 1994, p. 314.

¹⁵ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, Edisofer S.L., Madrid, 1998, p. 126. Entiende este autor que el uso del término “medios” es la más adecuada al ser, además, la utilizada tanto en la LOGP como en el Reglamento Penitenciario.

son “medidas de fuerza”¹⁶. Personalmente considero que la razón aquí está repartida. “Medio”, según el Diccionario de nuestra Real Academia, es “cosa que puede servir para un determinado fin” (acepción 11ª). Por su parte “medida” significa “disposición, prevención” (acepción 6ª). A mi entender, mientras la fuerza física personal, las defensas de goma, los aerosoles de acción adecuada y las esposas son subsumibles dentro de la categoría de “medios”, el aislamiento provisional más bien parece una “medida”. Incluso cabría diferenciar entre “acción” (así el empleo de la fuerza física) y “elementos” (tales como las defensas, aerosoles o esposas)¹⁷. La discusión no tiene proyecciones prácticas de interés, por lo que la dejo de lado.

Lo que aquí realmente interesa es: por un lado, describir qué fundamentos tienen los dos grupos de medios/medidas; por otro, resaltar la relevancia que tal distinción tiene desde la perspectiva sanitario-penitenciaria. El tema quedará acotado en referencia a sólo dos indicaciones: la regimental y la psiquiátrica (dejo de lado pues la aplicación de medidas involuntarias en el caso de enfermedades infecto-contagiosas, huelgas de hambre o tratamientos somáticos involuntarios).

***65 II. Medios coercitivos regimentales.**

1. Concepto y supuestos de empleo.

En el sistema penitenciario existe una prohibición general de malos tratos¹⁸. Sin embargo, hay ocasiones en las que, en base a diferentes fundamentos, está legitimado el uso de la fuerza. Una fuerza que es manifestación externa de la coacción directa y que legitima la intervención sobre las personas a través de la violencia corporal, de medios auxiliares e incluso -llegado el caso- mediante las armas¹⁹. Bien entendido que está mayoritariamente admitido que el uso de medios coercitivos en las instituciones penitenciarias en modo alguno puede tener carácter sancionador. Así está establecido por las reglas 33 de las Reglas Mínimas de Tratamiento del recluso de la ONU (RM 1955²⁰) y 39 de las Reglas Penitenciarias Europeas de 1987 (RPE

¹⁶ FERNÁNDEZ GARCÍA, Julio: “Los medios coercitivos” en BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, Ignacio y ZÚÑIGA RODRÍGUEZ, Laura: *Manual de Derecho Penitenciario*, Universidad de Salamanca-Colex, 2001, p. 254.

¹⁷ GRIJALBA LÓPEZ, Juan Carlos: “Los medios coercitivos en los establecimientos penitenciarios”, *La Ley*, núm. 1489, 4.7.1986, 1986-III, pp. 824-826; definición en p. 824.

¹⁸ BUENO ARÚS, Francisco: “Prohibición general de malos tratos”, en *Comentarios a la legislación penal*, EDERSA, 1986, Volumen VI-1, pp. 133-142.

¹⁹ AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *La coacción administrativa directa*, Instituto Vasco de Administración Pública-Civitas, Madrid, 1990, p. 424.

²⁰ Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en

1987²¹). Esta es también la posición de la doctrina²², cuando afirma que este tipo de medios no tiene un “sentido aflictivo”²³.

Grijalba define a los “medios coercitivos” como: “La acción conveniente o los elementos necesarios que pueden ser utilizados para impedir o reprimir determinadas actuaciones de los internos que, debido a su gravedad, requieren una respuesta cuasi-inmediata o inmediata”. El autor de esta definición extrae de la misma las siguientes notas²⁴:

- Distinción entre acción y elementos. Acción sería el empleo de la fuerza personal. Elementos el resto de medios enunciados. Caben combinaciones.
- La acción ha de ser la conveniente y los elementos los necesarios. La utilización de estos medios ha de ser buena y útil para algo o alguien.
- Para contener o reprimir, tal acción/elementos pueden utilizarse de modo preventivo (para contener) o represivo (para reprimir, impidiendo que tal actuación reprimida se perpetúe en el tiempo).
- La reacción administrativa se produce ante determinadas actuaciones de los internos (las establecidas en el art. 45 LOGP).
- *66 Tales actuaciones han de alcanzar cierta gravedad. Es decir, han de desbordar los medios ordinarios de actuación penitenciaria²⁵. Dicha gravedad puede ser determinada objetivamente o sometida a valoración. Es objetivo el intento de evasión o los actos de violencia de los internos. Cabe valoración en el tercero de los supuestos (45.1.c LOGP), que dependerá de las circunstancias del interno y del hecho. A juicio de Grijalba, el

1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

²¹ Recommandation N° R (87) 3 du Comité de Ministres aux États membre sur les règles pénitentiaires européennes. Adoptée par le Comité des Ministres le 12 février 1987, lors de la 404e réunion des Délégués des Ministres).

²² ASECIO CANTISÁN, Heriberto: “Régimen disciplinario y procedimiento sancionador”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Extra 1, 1989, p. 34; DELGADO LÓPEZ, Luis María: “Las medidas coercitivas (artículo 45 LOGP)”, en AA.VV.: *Ministerio Fiscal y sistema penitenciario*, Madrid, 1992, pp. 176 y 184; TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, op. cit., p. 128.

²³ VALERO OLTRA, Rafael: “El uso de medios coercitivos en el ámbito penitenciario”, *Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 1988*, Madrid, 1988, pp. 359 y ss.

²⁴ GRIJALBA LÓPEZ, Juan Carlos: “Los medios coercitivos...”, op. cit., pp. 824-826; definición en p. 824.

²⁵ En este sentido es ilustrativa, a título de mero ejemplo, la STC 129/1995, de 11 de septiembre: “El art. 45 LOGP, permite la utilización de medios coercitivos para garantizar la disciplina en la prisión en situaciones de especial gravedad, dirigida a impedir actos de evasión o violencia, cuando resulte comprometida la vida o la salud de los internos”.

empleo de medios coercitivos solo cabrá en los casos de los arts. 108.d) o 109 b) RP 1981, no en los del 110. b) RP 1981.

El hecho de que esté pacíficamente admitido que los medios coercitivos penitenciarios no llevan implícito un contenido sancionador, no supone –necesariamente- que se les niegue una naturaleza disciplinaria. Hay quien afirma que aún siendo medidas de naturaleza disciplinaria no tienen carácter sancionador²⁶, y en el mismo sentido se ha manifestado nuestro Tribunal Constitucional (ATC 373/1989 y STC 129/1995).

Los supuestos de empleo de este tipo de medios están limitados a los casos enumerados por el art. 45.1 de la LOGP: a) Para impedir actos de evasión o de violencia de los internos, b) Para impedir daños de los internos a sí mismos, o a otras personas o cosas y c) Para vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo. Son supuestos pues que obedecen a la acción del recluso, aunque ésta en ocasiones sea la adopción de una postura pasiva. Bay incluyó ambos aspectos cuando afirmó: “Cuando una persona quiere firmemente hacer algo (o permanecer pasivo) y es forzadamente constreñido (presionado), hablamos de ‘coerción’”²⁷.

Los supuestos de los apartados a) y b) coinciden básicamente con el contenido de los apartados 33 a) y c) de las Reglas Mínimas de Tratamiento del Recluso de la ONU. Las Reglas Penitenciarias Europeas de 2006 –en adelante RPE 2006-²⁸, que suceden a las anteriores de 1987 –RPE 1987-, por su parte consideran supuestos justificados para el empleo de la fuerza: la legítima defensa, la tentativa de evasión y la resistencia activa o pasiva a órdenes lícitamente emitidas por el personal penitenciario (regla 64.1).

Mapelli aboga por emplear como criterio la presunción de hallarnos ante unas conductas delictivas, entre las que se incluiría la pretensión del interno de provocar un conflicto generalizado dentro del centro “rompiendo objetos o insultando a los funcionarios o a los compañeros”²⁹. En otro caso, la vía a utilizar sería la disciplinaria. Sin embargo, no le falta razón

²⁶ Señala García Albero que el uso de medios coercitivos en prisión se ve desde un prisma más preventivo que represivo; TAMARIT SUMALLA, Josep M^a., SAPENA GRAU, Francesc y GARCÍA ALBERO, Ramón: *Curso de Derecho Penitenciario. Adaptado al Nuevo Reglamento Penitenciario de 1996*, Cedecs, Barcelona, 1996, p. 159.

²⁷ BAY, Christian: “The Structure of Freedom”, Stanford University Press, Stanford, 1970, pp. 16-17.

²⁸ Recommendation Rec (2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes (adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des Délégués des Ministres).

²⁹ MAPELLI CAFFARENA, Borja: *Principios Fundamentales...*, *op. cit.*, p. 285, nota 154.

a Grijalba cuando considera que existen supuestos en los que el interno no incurre en ilícito penal y sin embargo el funcionario está legitimado para el empleo de medios coercitivos (por ej. intentos de autolesión o suicidio)³⁰. Menos restrictiva es la opinión de otros autores, para quienes el medio coercitivo cabe *67 cuando la desobediencia del recluso supone un fundado peligro o un grave menoscabo de la autoridad³¹ o cuando se produciría la alteración de la normal convivencia del Centro Penitenciario de no ser inmediatamente cumplidas determinadas órdenes³².

La más problemática ha sido la interpretación del apartado c) del citado art. 45.1 LOGP, ya que la “resistencia” es un concepto tan borroso en su definición como subjetivo en su delimitación³³.

El uso de medios coercitivos fuera de los supuestos legalmente previstos conllevaría la tipificación penal (rigor innecesario³⁴, malos tratos³⁵ o tortura³⁶)³⁷.

³⁰ GRIJALBA LÓPEZ, J.C.: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 825.

³¹ VALERO OLTRA, Rafael: “El uso de medios coercitivos en el ámbito penitenciario”, *op. cit.*, p. 359.

³² TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 129.

³³ Un buen ejemplo de ello lo proporciona la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 30.5.2002 (EDJ 2002/49029) que resolvió el recurso de apelación presentada con la sentencia de primera instancia que condenó a varios funcionarios de un Centro Penitenciario de Madrid como autores responsables de una falta de lesiones. En el recurso, lo que estaba en juego era si la fuerza empleada fue o no proporcional al fin perseguido. En el caso de autos el interno se había negado a “huellar” unos documentos administrativos relacionados con algunas “libertades”. Se afirma en la citada Sentencia que “ciertamente el empleo de fuerza física personal es necesario en casos excepcionales en los Centros Penitenciarios, de acuerdo con la habilitación que establece el art. 45 LOGP y lo prevenido en el art. 72.1 RP 1996; así ocurre, entre otros supuestos, en los casos en que es necesaria para vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo”. Pero tal empleo está condicionado a concretas circunstancias. Sin embargo, “en el caso de autos, la finalidad pretendida no era la evitación de actos de evasión, de violencias, de causación de daños del interno a sí mismo, a otra persona, ni a cosas o enseres del Centro. En realidad, el lesionado se limitó a negarse a estampar su huella, no más. Y la finalidad a alcanzar por los funcionarios era simplemente el cumplimiento de un mero trámite administrativo, consistente en estampar la huella dactilar en un documento”, y añade que “en este caso, la identidad era indubitada, y lo que se pretendía era simplemente completar una formalidad burocrática”, por lo cual “en estas circunstancias, la utilización de fuerza física personal por parte de los tres funcionarios de prisiones sobre la persona de R., hasta la causación de las lesiones objetivadas en los dictámenes médicos obrantes en autos, constituyó un empleo inapropiado y desproporcionado de este medio coercitivo, en cuanto los funcionarios tenían a su alcance todo un arsenal de medidas, previstas en la legislación penitenciaria [desde] hacer constar la actitud del penado y la situación producida, hasta imponer, en su caso, las sanciones que el referido comportamiento obstruccionista del penado hubiera merecido”. En base a esta argumentación se confirmó la sentencia condenatoria de instancia.

³⁴ Artículo 533 Código Penal: “El funcionario penitenciario o de centros de protección o corrección de menores que impusiere a los reclusos o internos sanciones o privaciones indebidas, o usare

2. Clases de medios/medidas coercitivas regimentales.

En el derecho penitenciario español, el art. 45.1 LOGP afirma taxativamente que “sólo podrán utilizarse... aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente”. El *68 vigente reglamento de 1996 indica en concreto el aislamiento provisional, la fuerza física personal, las defensas de goma, los aerosoles de acción adecuada y las esposas (72.1 RP 1996), reproduciendo literalmente el listado que contenía el art. 123.1 del Reglamento de 1981 (únicamente el término “sprays” del 123.2 del RP 1981 ha sido sustituido por el de “aerosoles” en el 72.1 RP 1996).

Este listado de medios plantea dos problemas básicos. En primer lugar, la legalidad de la enumeración realizada. En segundo lugar, el carácter taxativo o no de la misma. Respecto a lo primero, no parece haber duda³⁸. El recurso al desarrollo reglamentario para establecer concretamente el tipo de medios coercitivos admisibles está en sintonía con lo establecido en la Regla 34 de las RM 1955, cuando atribuye a la “administración central penitenciaria” la determinación del “modelo y los métodos de empleo autorizados de los medios de coerción”, y también con lo preceptuado en la norma 40 de las RPE 1987 que también remite a la “ley o a los reglamentos en vigor” la determinación de tales medios y sus condiciones de su uso. El apartado 65.a) de las RPE 2006 residencia la determinación de los medios coercitivos utilizables en un “protocolo”, término que entiendo más confuso, pero que en cualquier caso denota la posibilidad de que la determinación de los medios se lleve a cabo en una norma de detalle y no en una de

con ellos de un rigor innecesario, será castigado con la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a seis años”.

³⁵ Art. 617.2 Código Penal: “El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de arresto de uno a tres fines de semana o multa de diez a treinta días”.

³⁶ Artículo 174 Código Penal: “1. Comete tortura la autoridad o funcionario público que, abusando de su cargo, y con el fin de obtener una confesión o información de cualquier persona o de castigarla por cualquier hecho que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o por cualquier razón basada en algún tipo de discriminación, la sometiere a condiciones o procedimientos que por su naturaleza, duración u otras circunstancias, le supongan sufrimientos físicos o mentales, la supresión o disminución de sus facultades de conocimiento, discernimiento o decisión o que, de cualquier otro modo, atenten contra su integridad moral. El culpable de tortura será castigado con la pena de prisión de dos a seis años si el atentado fuera grave, y de prisión de uno a tres años si no lo es. Además de las penas señaladas se impondrá, en todo caso, la pena de inhabilitación absoluta de ocho a 12 años.

2. En las mismas penas incurrirán, respectivamente, la autoridad o funcionario de instituciones penitenciarias o de centros de protección o corrección de menores que cometiere, respecto de detenidos, internos o presos, los actos a que se refiere el apartado anterior”.

³⁷ TAMARIT SUMALLA, Josep M^a., SAPENA GRAU, Francesc y GARCÍA ALBERO, Ramón: *Curso de Derecho Penitenciario*, op. cit., p. 163; FERNÁNDEZ GARCÍA, Julio: “Los medios coercitivos”, op. cit., p. 255.

³⁸ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, op. cit., p. 130 y pp. 46-49.

rango legal. Hay algún autor -no obstante- que considera que debiera reprocharse la sede reglamentaria del elenco de medios coercitivos, ya que ello conculcaría el principio de legalidad; en definitiva, que el lugar idóneo de ubicación del listado de los mismos debiera ser la propia Ley Orgánica General Penitenciaria³⁹.

En cuanto a lo segundo, la doctrina mayoritaria se inclina por considerar que existe un *numerus clausus*, y ello por razones de seguridad jurídica⁴⁰; sin embargo, por ejemplo Mapelli Caffarena, considera que “no hay razones para excluir cualquier instrumental nuevo pensado como medio de coerción y no de lesión que sea más eficaz que los que se conocen actualmente”⁴¹. Esta última posición mereció en su día el rechazo de Grijalba, quien consideró que la utilización de cualquier otro medio de coerción, diferente a los enumerados, requeriría la pertinente modificación reglamentaria⁴². Sobre este punto Téllez refiere que el Anteproyecto de Reglamento Penitenciario, en su versión de noviembre de 1994, añadía al listado actualmente existente en el art. 72.1 RP 1996, la coletilla “y otros semejantes”. Sin embargo, en la redacción definitiva se suprimió la misma, debido a que existía el temor de que se introdujeran medios coercitivos especialmente agresivos⁴³.

Entrando en los concretos medios coercitivos, estos son:

***69** 1.- El aislamiento provisional, que es una medida de naturaleza diferente tanto a la medida cautelar de aislamiento como a la sanción de aislamiento. Afirma al respecto Téllez, que el aislamiento en estas tres manifestaciones se rige por una finalidad y unos principios “propios e intransferibles”⁴⁴. Es admisible la medida de aislamiento provisional en supuestos tales como la tenencia en el interior del cuerpo de un recluso de droga, medida que se justifica a fin de evitar daños propios o a otros internos, siendo medida “perfectamente justificada” para intentar

³⁹ FERNÁNDEZ GARCÍA, Julio: “Los medios coercitivos”, *op. cit.*, p. 255.

⁴⁰ GRIJALBA LÓPEZ, Juan Carlos: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 826 y DELGADO LÓPEZ, Luis María: “Las medidas coercitivas (artículo 45 LOGP)”, en AA.VV.: *Ministerio Fiscal y sistema penitenciario*, Madrid, 1992, p. 182. En el mismo sentido también se pronunció el Servicio Jurídico del Estado en su Dictamen de 17 de marzo de 1992 y FERNÁNDEZ GARCÍA, Julio: “Los medios coercitivos”, *op. cit.*, p. 255.

⁴¹ MAPELLI CAFARENA, Borja: *Principios Fundamentales...*, *op. cit.*, p. 286.

⁴² GRIJALBA LÓPEZ, J.C.: “Los medios coercitivos...”, *La Ley*, núm. 1489, 4.7.1986, 1986-III, p. 826.

⁴³ Concretamente se pensó en el REACT (Tecnología de Control Remoto Activada Electrónicamente), de uso en algunos centros de Estados Unidos y que consiste en un dispositivo conectado a una unidad central desde la que los funcionarios pueden activar un dispositivo de control remoto que administra una descarga eléctrica que deja paralizado al recluso destinatario; TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 131.

⁴⁴ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 131.

recuperar la droga (AJVP Puerto de Santa María, 14.2.1995). Como dice este mismo Auto, el maximalismo en la negativa al uso de esta medida podría llevar al absurdo de que el Director no pudiera aplicar “el aislamiento provisional ni siquiera durante un minuto al interno que acaba de degollar a otro en el patio, si, al acudir el funcionario, aquel le hace entrega del cuchillo homicida, toda vez que no hay resistencia”. Pero en la práctica sanitaria penitenciaria ha habido algún pronunciamiento, como el del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria del Puerto de Santa María (Auto de 7 de diciembre de 1994), en el que considera inadecuado el aislamiento provisional cuando un recluso ha ingerido un objeto, pues “ya no existe resistencia que vencer”.

La medida de aislamiento provisional es incompatible con un régimen de comunicaciones, “por su propia naturaleza” (AJVP Valladolid, 9.2.1999). Y, en fin, tampoco puede confundirse con las limitaciones regimentales contempladas en el art. 75.2 RP 1996.

2.- El uso de aerosoles, debido a unos hechos luctuosos acontecidos, fue suspendido su uso por Instrucción de 7 de abril de 1994. Posteriormente por Instrucción de 15 de julio del mismo año, se establecieron las características técnicas (capacidad, clase de gas –Cs-, composición y grado de toxicidad), las instrucciones de uso (preferentemente en lugares abiertos y durante más de 2/3 segundos), la obligatoriedad del inmediato reconocimiento médico tras la reducción del recluso y los primeros auxilios al afectado (en ojos, piel y las instrucciones a seguir en caso de inhalación y/o ingestión)⁴⁵.

La refundición de Circulares llevada a cabo –conforme a lo preceptuado en la Disposición Transitoria 4ª del RP 1996- por la Circular 21/1996, de 16 de diciembre, en su apartado 1.B.3, reitera el contenido de la anterior de 15 de julio de 1994.

3.- En lo relativo a las esposas, la principal problemática se plantea respecto a su eventual empleo dentro del propio Establecimiento durante el movimiento interno de reclusos peligrosos, siendo las resoluciones judiciales de dispar contenido. Algunas consideran improcedente “esposar a los internos FIES-RE durante las conducciones o traslados de los mismos dentro del Establecimiento” ya que “las esposas, al tratarse de un medio coercitivo, no pueden ser objeto de colocación indiscriminada al colectivo FIES” pues esta “medida viene determinada para cada caso individual y concreto, y siempre que existan actos materiales, actuales y concretos que supongan una alteración regimental” (AJVP Valladolid, 31.8.1993), por lo que sólo podrá

⁴⁵ Ese mismo año, por Orden de 3 de octubre de 1994 (BOE, 7 de octubre) se precisó el régimen aplicable a los sprays de defensa personal de venta permitida en armerías. En la misma se especifica la necesidad de que la autorización de tales productos requiere especificación de componentes, estudios toxicológicos, instrucciones de uso,...

hacerse uso de las mismas “cuando su conducta [la del interno en concreto], así lo justifique” *70 (AJVP Oviedo, 20.10.1993). Otras resoluciones, por el contrario, admiten el uso de esposas intramuros al considerar que ello es “necesario para evitar males mayores” (AJVP Málaga 4.11.1993), al ser evidente que “existen razones de seguridad que justifican tanto la colocación de esposas como la presencia de un funcionario en las visitas médicas” (AJVP Murcia, 5.5.1994). En base al último razonamiento, se autoriza la colocación de esposas a internos FIES “cuando tengan que desplazarse al exterior del módulo, con ocasión de comunicación, salida a diligencias, conducciones, etc” (AJVP Valencia, 5.12.1994); y por ello “el uso de esposas durante el tiempo necesario para salir al patio es adecuado ya que existen razones de seguridad que justifican, en atención a las especiales características de los internos del departamento especial, la adopción de tales medidas” (AJVP Murcia, 13.1.1995). Doctrinalmente se considera que no es admisible el uso de esposas en el interior del centro de modo sistemático, aún cuando el recluso se encuentre en régimen cerrado⁴⁶.

4.- En cuanto a la admisibilidad de las correas de sujeción, una Instrucción de Servicios del Subdirector General de Servicios de 23 de marzo de 1994 ordenó la inmediata retirada de correas de sujeción y camisas de fuerza de todos los establecimientos penitenciarios españoles. Uno de los corredores del vigente Reglamento Penitenciario, Abel Téllez Aguilera, propuso incluir en el elenco de medios coercitivos las correas de sujeción (art. 68.1 del Anteproyecto), aunque su propuesta fue rechazada, básicamente por razones de imagen, como el mismo recuerda⁴⁷. Comparto plenamente la crítica del citado jurista penitenciario –y hoy magistrado- en el sentido de que la DGIP parece desconocer lo altamente perjudicial que puede ser el uso de esposas en comparación a la considerablemente mayor inocuidad de las correas usadas en el ámbito sanitario. Me consta no obstante el uso de correas de sujeción en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y siempre por razones terapéuticas; es decir, en este establecimiento se emplean los mismos medios a los que se recurre en las unidades de hospitalización psiquiátrica no penitenciarias, lo cual es absolutamente loable.

El Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Madrid núm. 3, al amparo de lo establecido en el art. 77 LOGP, elevó una propuesta a la DGIP el 3 de octubre de 1997, recomendando el empleo de fijaciones psiquiátricas y no “esposas”, en base al siguiente razonamiento: “Es

⁴⁶ RÍOS MARTÍN, Julián Carlos: *Manual de Ejecución Penitenciaria. Defenderse en la cárcel*, Colex, Madrid, 1998, p. 199.

⁴⁷ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria, op. cit.*, p. 133.

evidente que el control físico de un enfermo mental, para evitar daños a su persona o a terceros, no se incluye entre aquellos supuestos. Para tal finalidad existen unos medios diseñados con ese fin específico y de uso en Hospitales Psiquiátricos que, precisamente por ello, resultan menos agresivos para los sujetos y también más seguros para cumplir tal finalidad”. El uso de las fijaciones psiquiátricas requeriría, en cualquier caso, “la indicación psiquiátrica pertinente”. En razón de lo expuesto dicho Juzgado solicitó de la DGIP la autorización de “fijaciones psiquiátricas específicas” y la prohibición de las esposas en los Centros Penitenciarios Madrid II, y III y Alcalá II.

5.- El uso de las defensas de goma está autorizado, aunque no siempre es legítimo. Así, por ejemplo, no lo es en un supuesto en que se manifiesta la agresividad *71 verbal de un interno encerrado en una celda, ante cuya actitud los funcionarios abren la misma y emplean las defensas de goma ya que “el abrir la celda y verse forzados por la evidente agresividad anteriormente manifestada y conocida de ellos, a utilizar las defensas de goma, implica cuanto menos una gravísima imprudencia de tales funcionarios” (AJVP Granada 18.11.1994).

Por lo demás, se establece la obligatoriedad de depositar los medios coercitivos “en aquel lugar o lugares que el Director entienda idóneos”, debiendo reflejarse su cuantía y estado en un libro oficial (72.4 RP 1996). Este precepto, dice Téllez, pretende dar cobertura a una práctica habitual, ya que evidentemente no tiene demasiado sentido que todos los instrumentos coercitivos se encuentren depositados en la Jefatura de Servicios, cuando puede haber, y de hecho hay, módulos de internos especialmente conflictivos que aconsejan un a mayor proximidad de dichos instrumentos. Además los medios coercitivos han de estar depositados, no pueden ser portados de ordinario por los funcionarios de II.PP.⁴⁸. Así lo impone la Regla 69 RPE 2006, que aunque se refiere a las armas, también alude a las defensas⁴⁹.

⁴⁸ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, op. cit., p. 134.

⁴⁹ El Diputado Gil Lázaro realizó una pregunta al Gobierno de la Nación acerca de si estaba previsto que los funcionarios penitenciarios que prestaban sus servicios en módulos y patios pudieran estar dotados de algún elemento de protección coercitiva individual. La respuesta del Gobierno fue que, de acuerdo a la legislación vigente, los medios coercitivos sólo podrían utilizarse en “situaciones excepcionales taxativamente especificadas en la ley”, estando su uso “dirigido exclusivamente al restablecimiento de la normalidad”, no pudiendo subsistir más que el tiempo estrictamente necesario, señalando además que tales medios, que deben estar custodiados en el lugar que el Director estime idóneo no pueden ser portados con carácter general por los funcionarios penitenciarios, con independencia de donde presten sus servicios; Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VIII Legislatura, Serie D (General), 14.1.2005, p. 138.

Con anterioridad al actual RP 1996, Grijalba señaló que parecía razonable que los elementos coercitivos los tuviera bajo su control aquel que debía autorizar su uso. Ello admitiría dos tipos de puntualizaciones. A juicio del citado autor: la primera sería que nada se opondría teóricamente a que los funcionarios -estando de servicio- portaran estos medios; la segunda, que la atención al espíritu de la ley, “la ostentación y exhibición en el interior de los establecimientos de tales medios, de modo continuo, puede crear un ambiente de tensión e intimidación psicológica innecesaria, por lo que tal visibilidad de los medios sería un desacierto⁵⁰. Hay alguna resolución judicial que, en vistas de las circunstancias de un determinado departamento, justifica el hecho de portar instrumentos de defensa personal⁵¹.

3. Competencia para su uso y control judicial.

El inspirador de la LOGP, Carlos García Valdés, consideró que, a la vista de lo dispuesto en el art. 45 LOGP, la competencia para la utilización de los medios coercitivos *72 corresponde “exclusivamente” al Director, titular o accidental, y en casos de urgencia al Jefe de Servicios y funcionarios de servicio interior⁵². Esta distinción, entre los supuestos normales (previa autorización del Director) y los urgentes (con autorización previa del Jefe de Servicio o incluso sin autorización previa –en casos de perentoria necesidad–), es reconocida pacíficamente por la doctrina⁵³.

En supuestos normales la competencia para autorizar el empleo de medios coercitivos recae en el Director del Establecimiento, siendo taxativos los términos de los arts. 45.1 LOGP y 72.3 RP 1996. En cuanto a los supuestos de urgencia, parece obvio que no es posible participar previamente al Director la existencia de una situación de riesgo inminente o de daño que aconseje

⁵⁰ GRIJALBA LÓPEZ, J.C.: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, pp. 828-829.

⁵¹ En el Auto de la Audiencia Provincial de Córdoba de 5.4.2002 (EDJ 2002/35763) se hace referencia precisamente al hecho de portar los funcionarios medios coercitivos (defensas de goma). En primera instancia se denegó el recurso presentado por la defensa del interno, que alegaba violación del art. 45.3 LOGP, ya que tales defensas “simplemente se portan” en un Módulo especialmente conflictivo, por lo que “en definitiva, si sólo se ha actuado, a la vista de las especiales características del Módulo 15, adoptando medidas de seguridad y de control, no sólo previstas, sino exigidas al Centro Penitenciario por la Instrucción 21/96, de 16 de diciembre, y no se ha acreditado ni el uso de tales medios, que sí podría conculcar los arts. 45.3 de la LOGP y 72.1 del vigente Reglamento Penitenciario, en el caso de que no se hubieran dados los supuestos en ellos establecidos, por lo que no se ha acreditado que se haya conculcado derecho alguno de los internos, y en concreto del recurrente, es evidente, como más arriba se dijo, máxime a la vista del informe del Ministerio Fiscal, que procede desestimar el recurso y confirmar el auto objeto del presente recurso”.

⁵² GARCÍA VALDÉS, Carlos: *Comentarios a la legislación penitenciaria española*, Civitas, Madrid, 1982, p. 136.

⁵³ Así: TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, pp. 136-137.

el empleo de estos medios, por lo que -tras proceder coercitivamente- “se comunicará inmediatamente al Director” tal actuación (45.2 LOGP). El empleo de estos medios en situaciones de urgencia podrá decidirlo el Jefe de Servicios, a quien compete “adoptar provisionalmente las medidas indispensables para mantener el orden y buen funcionamiento de los servicios regimentales, dando cuenta de ellas al Director”, según establece el art. 283 RP 1996 y anteriormente, con la misma redacción, el art. 287.2.6ª RP 1981, precepto que se mantiene vigente, con rango de resolución del Centro Directivo, hasta que se dicte la nueva regulación de los servicios y unidades de los Centros penitenciarios y las funciones de cada uno de los puestos de trabajo (Disposición Transitoria 3ª del Reglamento Penitenciario de 1996)⁵⁴.

Y quien dice Jefe de Servicios, dice -sin más- funcionarios, pues obviamente cuando no está presente, o no es posible recibir instrucciones del Jefe de Servicios, es razonable que “los funcionarios de servicio pueden llevarla a cabo con carácter provisional “ante la urgencia de la situación”, dando cuenta inmediata al Director, (art. 45.2 LOGP, en relación con el art. 76.6 RP)” (STC 129/1995, 11 de septiembre). Esto mismo ha sido confirmado en el art. 71.2 RP 1996 al indicar que “cuando los funcionarios, con ocasión de cualquiera de las medidas de seguridad enumeradas en los artículos anteriores [observación de internos, registros, cacheos, recuentos intervenciones], detecten alguna anomalía regimental o cualquier hecho o circunstancia indiciario de una posible perturbación de la vida normal del Centro, lo pondrán inmediatamente en conocimiento del Jefe de Servicios, sin perjuicio de que, en su caso, hagan uso de los medios coercitivos a que se refiere el artículo siguiente”. Mas reticentes a la posibilidad de admitir que “cualquier funcionario pudiera autorizarlo” (el empleo de medios coercitivos) se mostraban anteriormente otros comentaristas⁵⁵, aunque hoy, como queda dicho, es incuestionable la existencia de cobertura normativa.

La LOGP (art. 45.2) señala expresamente que tal tipo de actuaciones ha de comunicarse “inmediatamente al Director”, el cual -a su vez- tiene obligación de poner tal hecho en conocimiento del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. Durante la tramitación de la LOGP, el Texto del Anteproyecto establecía que el empleo por razón de urgencia de los medios coercitivos debía ponerse “en conocimiento inmediato del Director”; la misma dicción tenía el texto del Proyecto; el Grupo *Socialistes de *73 Catalunya* propuso que a lo anterior se añadiera “... y del

⁵⁴ MAPELLI CAFARENA, Borja: *Principios Fundamentales...*, *op. cit.*, p. 285.

⁵⁵ GRIJALBA LÓPEZ, J.C.: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 827. A su juicio el empleo estaría siempre supeditado a la autorización, cuando menos, del Jefe de Servicios.

Juez de Vigilancia”, por considerar que “la gravedad de los medios coercitivos, de carácter excepcional a que alude el artículo en su texto, hace preciso que las medidas adoptadas se pongan en conocimiento de la Autoridad judicial”. En el informe de la Ponencia se consideró que el texto debía adoptar la forma que finalmente recogió la Ley, superando así el filtro del Dictamen de la Comisión y el Dictamen del Pleno (García, 1981). A juicio de Carlos García Valdés⁵⁶, el texto que finalmente fue aprobado acogió “el razonable criterio de dar muestras de confianza en las decisiones de los directores y mandos de los establecimientos, teniendo presente además que la singularidad de los conflictos penitenciarios lograrían que el Juez prestara casi dedicación exclusiva a la autorización o denegación de los medios coercitivos contemplados en el precepto”.

Se encuentra admitido el necesario y preceptivo control judicial del empleo de estos medios, porque este conjunto de medidas dañan “como ninguna otra, los derechos de los reclusos”⁵⁷, por lo que los afectados han de estar amparados por los derechos de petición, queja y recurso⁵⁸.

Señala la STC 129/1995, de 11 de septiembre, que la utilización de medios coercitivos es “un acto que no afecta a la ejecución de la pena sino al cumplimiento de la condena impuesta, dictado por la Administración, sometido al principio de legalidad y al ulterior control encomendado al Juez de Vigilancia Penitenciaria -art. 76.2 e) LOGP-, para corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse”.

Es obligado poner en conocimiento del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria las ocasiones de empleo de medios coercitivos (45.2 LOGP)⁵⁹. La comunicación será inmediata, dando cuenta de la adopción y cese del empleo de estos medios “con expresión detallada de los hechos que hubieran dado lugar a dicha utilización y de las circunstancias que pudiesen aconsejar su mantenimiento” (72.3 RP 1996). El Director debe remitir la siguiente documentación: 1º. Oficio de notificación de la aplicación del medio, con identificación del interno al que ha afectado, expresión del medio o medios utilizados y hora de inicio y cese de la medida; 2º. Parte de hechos

⁵⁶ GARCÍA VALDÉS, Carlos: *Comentarios a la legislación penitenciaria española, op. cit.*, p. 137.

⁵⁷ MAPELLI CAFARENA, Borja: *Principios Fundamentales...*, *op. cit.*, p. 284.

⁵⁸ GARCÍA VALDÉS, Carlos: *Comentarios a la Ley General Penitenciaria, op. cit.*, p. 198.

⁵⁹ Señala la STC la STC 129/1995, de 11 de septiembre (FJ 4º) que “es el conocimiento por el Juez de Vigilancia Penitenciaria de la utilización de una medida coercitiva y de los motivos de su adopción, en virtud de una comunicación del Director del centro -y, en su caso, por la queja del recluso afectado- lo que permitirá el control de esta actuación de la Administración por parte del órgano jurisdiccional”.

firmado por los funcionarios intervinientes circunstanciando los hechos que lo motivaron y 3º. Parte médico del interno y de los funcionarios que recoja las eventuales lesiones, que permitirá al Juez evaluar la proporcionalidad del uso del medio coercitivo⁶⁰.

La puesta en conocimiento del art. 45.2 LOGP o la comunicación a que se refiere el art. 72.3 RP 1996, comporta ni más ni menos que el reconocimiento a la autoridad judicial de la plena competencia para resolver sobre el fondo del asunto, pudiendo en su caso dejar sin efecto la decisión administrativa, si ello fuera ya posible⁶¹. Es decir, *74 la puesta en conocimiento tiene por objeto que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria pueda adoptar la resolución que en cada caso proceda (AJVP Santander, 11.11.1997). Obviamente en el caso de que el empleo del medio ya hubiere finalizado y el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria estimare improcedente su empleo, cabría apercibir a la Dirección del Centro para que no repita tal tipo de actuación, con remisión del testimonio a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias⁶².

Lo anterior es “sin perjuicio de que el órgano judicial, caso de no producirse esta comunicación, pueda conocer la adopción de la medida en virtud de una queja del interno afectado (art. 76.2 g LOGP y art. 134.3 RP) y ésta dar lugar a una resolución judicial (ATC 133/83)” (STC 129/1995, 11 de septiembre).

A pesar de que la dicción del art. 45.2 LOGP indica que el empleo de medios coercitivos en situaciones de urgencia debe ser puesto en conocimiento del Juez de Vigilancia, igual previsión ha de adoptarse cuando no se den supuestos de urgencia. Así se deduce del tenor del art. 72.3 RP 1996 que no distingue entre unos y otros supuestos⁶³. Ya la doctrina había advertido que tanto cuando la respuesta coercitiva de la Administración fuera “cuasi-inmediata” como “inmediata” era preceptivo poner en conocimiento del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria el empleo de estos medios⁶⁴. Algún pronunciamiento habla de “un plazo nunca superior a 24 horas” (AJVP Málaga, 23.1.1992).

4. Principios reguladores en intervenciones por indicación regimental.

⁶⁰ FERNÁNDEZ ARÉVALO, Luis y MAPELLI CAFFARENA, Borja: *Práctica Forense Penitenciaria*, Civitas, Madrid, 1995, p. 134.

⁶¹ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 138; FERNÁNDEZ GARCÍA, Julio: “Los medios coercitivos”, *op. cit.*, p. 258.

⁶² TAMARIT SUMALLA, Josep M^a. SAPENA GRAU, Francesc y GARCÍA ALBERO, Ramón: *Curso de Derecho Penitenciario*, *op. cit.*, p. 164.

⁶³ En el mismo sentido en la doctrina. Así TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 138.

⁶⁴ GRIJALBA LÓPEZ, J.C.: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 828.

Téllez enumera los siguientes principios reguladores del empleo de medios coercitivos⁶⁵:

- Principio de intervención mínima, debiendo aplicarse solo cuando no exista otra manera menos gravosa de conseguir la finalidad pretendida y por el tiempo estrictamente necesario (art. 45.3 LOGP y 72.1 RP 1996).
- Principio de proporcionalidad, entre el medio empleado y el fin perseguido (72.1 RP 1996)
- Principio de adecuación, lo que implica que ante un supuesto que legalmente legitima el uso de los medios coercitivos no será legal el uso de cualquier medio sino sólo el de aquellos que sean adecuados al fin perseguido.
- Principio de no aplicación en determinados supuestos (madres gestantes, lactantes o que tengan hijos en prisión, internos convalecientes...).
- Principio de individualización, pues los medios han de utilizarse ante actuaciones e internos concretos y nunca como medida de carácter general aplicable a grupos de internos pertenecientes a determinadas clasificaciones o categorías.
- ***75** Principio de subordinación al tratamiento, pues su uso no pretende solo dar solución al caso conflictivo sino fomentar la conciencia de responsabilidad para llevar una ordenada convivencia que permita el desarrollo de las actividades tratamentales.

Junto a los anteriores Grijalba considera igualmente aplicables los principios de adecuación (uso de medios conforme a las circunstancias) y de acumulación, ya que los diversos elementos que se utilizan se “contabilizan” en sentido acumulativo.

Bueno Arús considera aplicables los principios de: a) intervención mínima (72.1 RP 1996 en relación con el 45.3 LOGP), b) el de proporcionalidad (72.1 RP 1996); el de no aplicación a las mujeres (art. 254.3 y 72.2 RP 1996); el de autorización (72.3 RP 1996 y 45.1 y 2 LOGP); el de control judicial (art. 72.3 RP 1996, 45.2 LOGP y 123.1 RP 1981). Y García Albero considera, por su parte, que están vigentes los principios de necesidad, proporcionalidad y subsidiariedad⁶⁶.

Se ha resaltado en la doctrina igualmente un elemento teleológico. Así Valero Oltra afirma al respecto que “son el medio necesario para el cumplimiento de un fin concreto y cesa su

⁶⁵ TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, op. cit., pp. 134-136.

⁶⁶ GARCÍA ALBERO, R. en: TAMARIT SUMALLA, J.M., SAPENA GRAU, F. y GARCÍA ALBERO, R. (1996): *Curso de Derecho Penitenciario...*, op. cit., p. 159.

razón de ser –pudiendo constituir un exceso sancionable su mantenimiento- una vez conseguido el mismo”⁶⁷.

El actual Reglamento Penitenciario precisamente ha introducido en su articulado una mención a algunos principios reguladores: principios de necesidad y proporcionalidad y respeto a la dignidad personal (71.1 RP 1996) y principios de empleo del medio menos gravoso de entre los posibles y de limitación temporal (72.2 ERP 1996).

Personalmente entiendo que en esta materia son de aplicación los siguientes principios:

1.- El de respeto a la dignidad personal, consagrado en el art. 10 CE y en relación a la prohibición de tratos inhumanos o degradantes del 15 CE. Respeto a la dignidad que se encuentra presente a lo largo y ancho de la legislación penitenciaria (18, 20.1, 23, 26.b LOGP) y que es igualmente reconocido como principio general de las medidas de seguridad penitenciarias (71.1 RP 1996)⁶⁸.

2.- El de legalidad, que se cumple desde el momento en que la Ley Orgánica General Penitenciaria prevé el eventual uso de los mismos (art. 45), con la admisible remisión reglamentaria (34 RM 1955).

3.- El de necesidad, por el que sólo se justifica el empleo de estos medios/medidas en supuestos tasados (los del art. 45.1 LOGP), lo que está en consonancia con la normativa internacional (33 RM 1955 y 64.1 RPE 2006). El recurso a los mismos ***76** exclusivamente tendrá lugar en “situaciones de especial gravedad” (STC 129/1995, 11 septiembre).

4.- El de congruencia, en el sentido de que el uso de los mismos ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad pretendida, que no es otra que el restablecimiento del orden y seguridad⁶⁹. La doctrina científica es unánime a la hora de exigir la

⁶⁷ VALERO OLTRA, Rafael: “El uso de medios coercitivos en el ámbito penitenciario”, *Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 1988*, Madrid, 1988, pp. 359 y ss.

⁶⁸ Las vulneraciones al principio-valor-derecho dignidad se enfrentan a importantes obstáculos en cuanto a su investigación. Vid. al respecto el Protocolo de Estambul presentado a la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que contiene un *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, (Serie de capacitación profesional, núm. 8), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra-Nueva York, 2001.

⁶⁹ Resalta que es la “finalidad exclusiva” del empleo de estas medidas el “restablecimiento de la normalidad” en el centro la STC 129/1995, de 11 de septiembre. Algunos ejemplos de proporcionalidad están descritos en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia, 11.3.2003 (EDJ 2003/84368): “ante una alteración del orden se procedió por los funcionarios a emplear los mecanismos necesarios para poner término a la misma, observando en este sentido que estos se limitan a inmovilizarlo, aislarlo y espararlo hasta conseguir que se tranquilice, así como a registrarlo, lo que ante el incidente previo protagonizado no se muestra tampoco desproporcionado, dado que acababa de ingresar de un permiso

vigencia de este principio y en calificar de acertada su incorporación al vigente Reglamento Penitenciario⁷⁰. Efectivamente el art. 72.1 RP 1996 establece que “su uso será proporcional al fin pretendido, [y] nunca supondrá una sanción encubierta”. En este sentido las RPE 2006 disponen que un protocolo detallado debe contener los distintos medios coercitivos utilizables y las circunstancias en las cuales cada medio está autorizado, así como los miembros del personal habilitados para aplicar uno u otro medio coercitivo (Regla 65).

Este principio de congruencia, denominado por algunos autores de “adecuación”, implica por ejemplo, que no puedan utilizarse las defensas de goma para evitar que un interno se autolesione. En este caso es patente que el medio utilizado no es adecuado al fin perseguido⁷¹.

5.- El de prohibición de exceso, por el que ha de utilizarse el medio menos lesivo de los disponibles, o como señala el art. 71.1 RP 1996: “sólo se aplicarán [los medios coercitivos] cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida”. O, como señalan las RPE 2006: “La fuerza utilizada debe de corresponder al mínimo necesario” (Regla 64.2).

6.- El de temporalidad, debiendo limitarse su uso al tiempo estrictamente necesario (45.3 LGOP (“sólo subsistirá el tiempo estrictamente necesario”) y 72.1 RP 1996 (“por el tiempo estrictamente necesario” y 34 RM 1955 (“su aplicación no deberá prolongarse más allá del tiempo estrictamente necesario”). Las RPE 2006 señalan al respecto que la fuerza “debe imponerse por un período de tiempo lo más corto posible” (Regla 64.2) e insisten en que “los medios violentos no deben aplicarse más tiempo *77 que el estrictamente necesario” (Regla

extraordinario, observando los funcionarios que presentaba evidentes síntomas de estar bajo la influencia de algún tóxico, así como que era consciente de que su traslado a la enfermería podría suponerle el verse privado de su posibilidad de buscarse ciertas sustancias, por lo que pudiera haber hecho acopio de drogas o cualquier otro objeto prohibido, por lo que ante el incidente previo protagonizado tampoco se muestra desproporcionado, al menos como para poder hacerlo objeto de persecución penal”. O en el Auto de la Audiencia Provincial de Córdoba de 18.12.2002 (EDJ 2002/67678), cuando señala: “Pues bien confrontando la actuación del recluso y la respuesta inicial de los funcionarios se colige que la de estos fue una actuación conforme con la normativa del régimen penitenciario, al estar en conexión y proporción con la exclusiva finalidad de mantener el orden y régimen del establecimiento penitenciario y repeler el acometimiento del interno. La utilización del medio coercitivo por los funcionarios se manifiesta proporcionada a la actitud violenta desplegada por el hoy recurrente”.

⁷⁰ GRIJALBA LÓPEZ, Juan Carlos: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 827; DELGADO LÓPEZ, Luis María: “Las medidas coercitivas (artículo 45 LOGP)”, *op. cit.*, p. 182; BUENO ARÚS, Francisco: “Régimen disciplinario penitenciario”, en AA.VV.: *I Curso Monográfico para Jueces de Vigilancia Penitenciaria*, Zaragoza, 1997, p. 329; TÉLLEZ AGUILERA, Abel: *Seguridad y disciplina penitenciaria*, *op. cit.*, p. 135.

⁷¹ GRIJALBA LÓPEZ, Juan Carlos: “Los medios coercitivos...”, *op. cit.*, p. 827.

68.3). Resalta la duración limitada del empleo de estas medidas la STC 129/1995, de 11 de septiembre.

7.- El de idoneidad de medios, pues habrán de utilizarse alguno de los medios reglamentariamente establecidos (45.1 LOGP en relación con el 72.1 RP 1996; 34 RM 1955 y 40 RPE 1987). En su momento señalaré mi posición inequívocamente favorable al uso de mecanismos de sujeción al uso en la práctica psiquiátrica, aún no estando comprendidos en la enumeración del 72.1 RP. Indicar que las RPE 2006 establecen que: a) el empleo de cadenas o hierros debe estar prohibido y b) que igualmente está prohibida la utilización de grilletes, camisas de fuerza y otros medios de maniatar a la persona salvo que los mismos sean necesarios como medida de precaución contra una fuga durante un traslado, para llevar al detenido ante una autoridad judicial o administrativa –salvo que dicha autoridad decidiera lo contrario- y por orden del director cuando otros métodos de control no son recomendables para impedir que el detenido se lesiones, lesione a terceros o provoque graves daños materiales, siempre que el director prevenga de forma inmediata al médico e informe a las autoridades penitenciarias superiores (Regla 68.2). Por su parte las RM 1955 señalan que: a) las esposas, cadenas, grillos y camisas de fuerza nunca se aplicarán como sanciones y b) no se emplearán además cadenas y grillos como medios de coerción.

Por otro lado, las RPE 2006 son muy estrictas en el empleo y tenencia de armas. La Regla 69 establece al efecto que: a) salvo en casos de urgencia el personal penitenciario no debe jamás llevar armas mortales dentro del perímetro de la prisión; b) la tenencia visible de armas –incluyendo porras- por parte del personal que está en contacto con los detenidos debe estar prohibida dentro del perímetro de la prisión, salvo que sean necesarias para el aseguramiento o la seguridad ante un suceso concreto y c) ningún miembro del personal debe portar armas sin haber sido previamente formado para su utilización. Nuestro ordenamiento penitenciario es más taxativo aún, ya que “en el desempeño de sus funciones de vigilancia los funcionarios de instituciones penitenciarias no podrán utilizar armas de fuego” (art. 45.4 LOGP). En este sentido por “vigilancia” se entiende la seguridad ordinaria del establecimiento (que corre a cargo de los funcionarios penitenciarios), por tanto no cabe interpretar que éstos sí podrían utilizar armas de fuego fuera de las funciones de vigilancia⁷². El uso de dichas armas sólo está autorizado a las fuerzas de seguridad, pues señala el art. 72.5 RP 1996:

⁷² POLAINO NAVARRETE, Miguel: “Las medidas coercitivas de la disciplina penitenciaria”, *op. cit.*, pp. 667 y ss.

“En los casos de graves alteraciones del orden con peligro inminente para las personas o para las instalaciones, el Director con carácter provisional podrá recabar el auxilio de las Fuerzas de Seguridad de guardia en el Establecimiento, quienes en caso de tener que utilizar las armas de fuego lo harán por los mismos motivos y con las mismas limitaciones que establece la legislación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición final primera de la Ley Orgánica General Penitenciaria”.

8.- El de cuidado, que en sede regimental remite a revisiones periódicas del personal sanitario, tanto las reglamentariamente establecidas (72.2 RP 1996) como aquellas que sean pertinentes (así 33 RM 1955, 39.c RPE 1987 y 39 RPE 2006).

***78** 9.- El de documentación de las actuaciones, implícito en el sistema de comunicaciones al Director y al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (45.2 LOGP y 72.3 RP 1996) y que se completa con la comunicación que, en virtud de Circular 05/96, de 15 de abril, ha de hacerse a la Subdirección General de Gestión Penitenciaria (Área de Régimen)⁷³; obligación que se mantiene en la vigente Instrucción 6/2006, de 22 de febrero (apartado 3.5.1 del Anexo). Y ello, además de la documentación que ha de llevarse a cabo tras el empleo de los medios coercitivos (Regla 67.3.f RPE 2006), la cual tiene un claro matiz regimental (partes de funcionarios y Jefe de Servicios), pero también se complementa con el reconocimiento del recluso tras el incidente.

La Circular 05/96 estableció la obligatoriedad de que los responsables de los Centros abran un libro registro en el que deben recogerse los siguientes datos: fecha de inicio y cese, tipo de medio coercitivo aplicado, informe médico-exploratorio del interno o internos al inicio, informe médico de seguimiento, informe justificativo de la aplicación y proporcionalidad de la aplicación de la medida, firma del Jefe o Jefes de Servicios que tuvieran conocimiento de la aplicación de la medida y firma del Director o responsable que le sustituya. En la actualidad la Instrucción 6/2006 citada dispone que en el libro registro, gestionado en la Jefatura de Servicios debe constar: fecha y hora de inicio y cese, tipo de medio coercitivo aplicado, sucinto informe de los hechos y otras medidas adoptadas.

10.- El de fiscalización, a cargo del Juzgado y de la Fiscalía de Vigilancia Penitenciaria (76.1 LOGP). Sin perjuicio de la intervención de otros órganos nacionales (Defensor del Pueblo) o internacionales (Convención para la Prevención de la Tortura y de las Penas o tratos inhumanos o degradantes, CPT).

⁷³ La Circular va acompañada de un modelo de comunicación del incidente al Centro Directivo.

5. Sanidad penitenciaria y medios/medidas coercitivas regimentales.

La sanidad penitenciaria está involucrada, ya no sólo cuando el recurso a medios coercitivos es por motivos terapéuticos –aspecto que será objeto de análisis en los siguientes apartados- sino incluso cuando el empleo de los mismos es por razón regimental.

En este segundo supuesto la normativa internacional exige la intervención sanitaria en algunos casos. La regla 33 RM 1955 establece que cuando el Director del Centro Penitenciario decida la aplicación de medios coercitivos “con objeto de impedir que [el recluso] se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales; en estos casos, deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior”. En el mismo sentido se expresa la regla 39.b RPE 1987. Por su parte las RPE establecen la obligación de un seguimiento médico en caso de aislamiento celular (regimental, se entiende) regla 68.2.b RPE 2006 y además establecen que “el médico debe presentar un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un detenido corre riesgos graves de prolongarse la detención o debido a las condiciones de la misma, especialmente en casos de aislamiento celular” (regla 43.3).

Nuestro ordenamiento jurídico aborda esta cuestión de forma algo confusa. El art. 72.2 RP 1996, tras citar la exclusión del empleo de medios coercitivos en determinados *79 colectivos de reclusas y de enfermos convalecientes graves, afirma: “Cuando se aplica la medida de aislamiento provisional el interno será visitado diariamente por el Médico”, con lo cual pudiera parecer que esta visita se limita a los supuestos excepcionales en los que cabe aplicar el aislamiento a determinadas mujeres o enfermos convalecientes. Entiendo personalmente que la defectuosa sistemática ubicativa descrita debe corregirse con una interpretación que cohoneste las razones regimentales con el deber de defender la vida y salud que tiene la Administración Penitenciaria (art. 3.4 LOGP). Por lo tanto, considero que la visita médica a los aislados provisionales ha de ser en cualquier caso diaria, tal como por otra parte también se establece en el caso de la sanción de aislamiento (254.1 RP 1996). Con independencia de lo anterior el médico deberá girar las visitas que por propia iniciativa o por orden del Centro Directivo o del Director del Establecimiento sean convenientes (288.5ª, 10ª y 11ª RP 1981).

Las razones sanitarias excluyen en términos generales el empleo de medios coercitivos en:

a) internas mencionadas en el art. 254.3, es decir, mujeres gestantes y mujeres hasta seis meses después de la terminación del embarazo, madres lactantes y las que tuvieran hijos consigo⁷⁴; en

⁷⁴ No obstante existen supuestos excepcionales en los que, a juicio del Tribunal Supremo, es lícito el empleo de medios coercitivos en mujeres que se encuentran acompañadas de sus hijos. Me refiero

consecuencia, a este colectivo de mujeres no cabe aplicar, ni la sanción de aislamiento (art. 254.3 RP 1996), ni los medios coercitivos en general (art. 72.2 RP 1996); b) enfermos convalecientes de enfermedad grave, aunque están admitidos “en los casos en los que de la actuación de aquéllos pudiera derivarse un inminente peligro para su integridad o para la de otras personas” (72.2 RP 1996).

La intervención sanitaria puede tener lugar tras el empleo de medios coercitivos. La posible originación de lesiones en reclusos o en el personal penitenciario así lo requiere. Esta actuación tiene una doble dimensión. El Médico y/o el A.T.S. han de prestar la primera asistencia que el caso requiera, pues a ello están obligados por la ***80** normativa reglamentaria; el médico en cuanto tiene por función “[v]elar por la salud física y mental de los internos y prestar asistencia facultativa a los mismos,... [y] a los funcionarios...” (288.2ª RP 1981) y el A.T.S., a quien está encomendado “[r]ealizar las curas que con arreglo a su titulación deba realizar” (324.b RP 1981). Además de lo anterior, los profesionales sanitarios intervinientes han de redactar los correspondientes partes describiendo las lesiones observadas y las actuaciones llevadas a cabo (288.9ª y 324.f RP 1981). Lógicamente en el caso de contención mecánica surgen importantes

concretamente a la STS 2ª, 23.11.1989 (EDJ 1989/10464) que hace referencia al intento de asalto por parte de un comando de ETA, el 27.3.1981, del Centro Penitenciario de Detención de Mujeres de Barcelona, a fin de liberar a dos internas miembros de la organización terrorista. Tras el fallido intento hubo “un ambiente de tensión” y un posterior amotinamiento de algunas reclusas. Entre estas se encontraba V. que estaba en compañía de un hijo de 14 meses de edad. Tuvo que intervenir la fuerza pública. Tras los hechos la interna V. fue aislada unos días –aunque permitiéndole visitas periódicas de su hijo-. Se pretendió el procesamiento de una funcionaria penitenciaria, por rigor innecesario. En lo que aquí interesa, el Alto Tribunal justificó el aislamiento provisional con el siguiente razonamiento (FJ 3º): “en el núm. 3 del art. 43 de la vigente Ley General Penitenciaria, sin que se puede entender que tal precepto haya dejado de cumplirse por el hecho de que durante los breves días en los -que en el resultando se dice que la reclusa ha permanecido en régimen de aislamiento permitiéndosele periódicas visitas de su hijo de 14 meses, el cual se hallaba en la guardería y debidamente atendido, ya que el mentado precepto ha de ponerse en relación con otros de la propia Ley Penitenciaria, como son el art. 10 en el que se establece la posibilidad de someter a un recluso el régimen primero o cerrado prescindiendo del tratamiento que pudiera corresponderle en las especiales circunstancias a las que se refiere y en el art. 45 se dispone que con la autorización de la dirección podrán utilizarse medios coercitivos en los casos a los que se hace expresa referencia en sus apartados a), b) y e), en los que sin duda se hallaba comprendido el anómalo suceso ocurrido en el mencionado Centro de Detención y la reprochable conducta de la retención de la misma en régimen especial o el uso de las medidas coercitivas con ella empleadas haya excedido del tiempo al que se refiere el núm. 3.º del precepto legal últimamente referido, por lo que, en definitiva, procede, con desestimación del motivo, confirmar el fallo contenido en la sentencia recurrida por la que se absuelve a la procesada del delito por el que fue acusada en la presente causa, en cuanto en modo alguno se puede estimar haya impuesto a la recurrente privaciones indebidas dolosamente arbitrarias o empleado con ella un excesivo rigor sino por el contrario, se utilizaron los recursos legalmente previstos para someter al imprescindible orden penitenciario a los reclusos que con su conducta lo alteren y hagan necesaria la adopción de las medidas pertinentes”.

limitaciones al reconocimiento médico; el mismo no puede practicarse plenamente hasta la finalización de la contención. En la redacción de tales partes existe un riguroso deber de veracidad, pues de lo contrario se puede incurrir en responsabilidad penal por cometer falsedad “faltando a la verdad en la narración de los hechos” (390.4° CP) o por librar certificado falso (397 CP). A la vista de las circunstancias del caso y de los partes regimentales y sanitarios recabados el Director, que es el “obligado, en primer término, a cumplir y hacer cumplir las Leyes” (280.1 RP 1996) deberá dar cuenta a la autoridad judicial de los hechos supuestamente constitutivos de delito o falta. A los anteriores efectos es un elemento a tener en cuenta el conjunto de directrices que sobre reconocimientos médicos se contiene en el *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* de Naciones Unidas (Protocolo de Estambul).

Aunque el aislamiento provisional requiere la intervención facultativa, bajo ningún concepto debiera utilizarse el informe médico previo al inicio de la medida como trámite que en la práctica sitúa al facultativo como un “administrador” de la coerción. En este sentido ha de acogerse favorablemente lo preceptuado en la Circular 7/96 de 12 de junio en la que se señala en su apartado 12 que “[e]n los supuestos de utilización de medios coercitivos la intervención del médico, aparte de la visita diaria cuando se trate de aislamiento provisional y la realización de los partes de lesiones cuando sean necesarios, se circunscribirá a los supuestos en los que las razones médicas impidan la utilización del medio evacuando informe negativo al respecto, por lo que no será necesario un informe médico de carácter positivo respecto a la medida a aplicar”. Como es sabido en el caso de la sanción de aislamiento el cumplimiento va precedido del “informe previo y reconocimiento médico” (254.1 RP 1996), debiendo hacerse un seguimiento diario del aislado.

En el caso del aislamiento provisional, la propia naturaleza de la medida puede impedir en algunos casos el previo reconocimiento médico, pero éste sigue siendo pertinente ya que permite detectar la concurrencia de trastornos psíquicos que probablemente pudieran haber sido el origen de la alteración regimental que justifica el empleo de esta medida. Si esto es así, el caso ha de tratarse médicamente y no regimentalmente. Es al médico al que compete adoptar las medidas que considere convenientes y aplicar los tratamientos que estime adecuados a las circunstancias del caso. Al margen de lo anterior, si no se detectara trastorno psíquico que justifique la etiología de la conducta problemática, el médico deberá dejar constancia del estado físico y psíquico del aislado y girar las visitas diarias. Este seguimiento facultativo puede conducir a la apreciación de circunstancias o estados que hagan aconsejable la interrupción de la medida, en cuyo caso se

procedería igual que en el supuesto anterior, es decir, la competencia pasaría a los profesionales médicos. Lo importante es deslindar en el inicio y durante la instauración de la medida de aislamiento los casos que tienen un origen regimental y los que traen causa de un trastorno mental. Si esto *81 último concurre, residenciada la competencia en el ámbito sanitario, podrán emplearse medios coercitivos, más ya no los regimentales hasta aquí estudiados sino aquellos otros de los que dispone la práctica médica (tratamiento forzoso, aislamiento terapéutico, sujeción mecánica). Esta distinción es obligada a la vista del tenor de la Regla 33 RM 1955, en la que netamente se diferencia, por un lado el empleo de medios coercitivos por razones regimentales (apartados a y c⁷⁵) y por otra el empleo de tales medios por razones terapéuticas (apartado b⁷⁶). En ambos casos hay intervención médica; en el segundo por razones obvias; en el primero porque así se dispone igualmente en la norma referenciada al señalar la Regla 33: “en estos casos [se refiere a los indicados en el apartado c)], el director deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior”. La misma diferenciación puede observarse en la RPE 1987 (la regla 39.b) alude a las razones médicas, mientras que las reglas 39.a) y c) aluden respectivamente a la evitación de evasión o una orden del Director, en similares términos a los renunciados en las RM 1955). No se reproduce este precepto en las RPE 2006. No obstante, la integración de la política sanitaria en la prisión en la política nacional de salud pública (Regla 40.2), la no discriminación de los detenidos (Regla 40.3) y el derecho del recluso a beneficiarse de la asistencia sanitaria en términos similares a como ésta tiene lugar en la sociedad libre (Regla 40.5 y 208.1 RP 1996).

II. EL FUNDAMENTO TERAPÉUTICO EN EL EMPLEO DE MEDIOS COERCITIVOS.

1. La indicación psiquiátrica.

Aunque el empleo de medios coercitivos esté indicado por razones terapéuticas, no conviene olvidar que este tipo de intervención compulsiva sigue constituyendo una infracción a los derechos humanos y las libertades fundamentales del paciente recluso⁷⁷. En consecuencia se requiere una justificación y se precisan unas rigurosas garantías.

⁷⁵ “a) Como medida de precaución contra una evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en cuanto comparezca el recluso ante una autoridad judicial o administrativa... c) Por orden del director, si han fracasado los demás medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales”.

⁷⁶ “b) Por razones médicas y a indicación del médico”.

⁷⁷ WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION: “Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally III” (adopted by the WPA General Assembly in Athens, 17th October, 1989).

En el ordenamiento penitenciario español no existe una expresa invocación de las razones médicas para el empleo de medios coercitivos, a salvo de la previsión contenida en el art. 188.3 RP 1996 –que rige exclusivamente para establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias-. El art. 45.1.b LOGP admite el uso de los mismos “para impedir daños de los internos a sí mismos, o a otras personas o cosas”, lo que indirectamente da cobertura al uso de medios coercitivos justificados, por ejemplo, por el estado mental del recluso. Falta, sin embargo, un precepto del tipo del apartado 33.b RM 1955 o de la regla 39.b) RPE 1987.

A pesar de esta laguna normativa –que debiera ser solventada- es patente que en el medio penitenciario existe una alta probabilidad de que se produzcan manifestaciones ***82** heteroagresivas y autoagresivas de etiología psiquiátrica⁷⁸. Toda privación de libertad puede generar trastornos o agudizar los ya existentes⁷⁹, desembocando en situaciones que ponen en peligro personas o bienes ajenos o la propia integridad psicofísica.

La LOGP residenció en el Director del Centro Penitenciario la competencia para autorizar el empleo de medios coercitivos. De este modo, aunque el mismo precepto admite su empleo “[p]ara evitar daños de los internos a sí mismos, o a otras personas o cosas”, el tinte regimental quedó excesivamente marcado. El estrecho cauce legal probablemente cercenó la posibilidad de que el vigente RP 1996 “corrigiera” tal carencia, aunque se hizo algún avance, fijando la “indicación médica” en establecimientos y unidades psiquiátrico-penitenciarias, 188.3 RP 1996, como ha quedado dicho. Pero es incuestionable que el “fundamento terapéutico” existe, de lo que hay sobrados indicios.

En primer lugar, la referencia al uso de medios/medidas para “evitar daños de los internos a sí mismos o a otras personas o cosas” introduce un marco comprensivo de supuestos regimentales y terapéuticos; es decir, la conducta-problema puede tener o no su origen en un trastorno psíquico. Aunque la dicción, y sobre todo la atribución competencial, introducen elementos distorsionadores, éstos debieran resolverse *de lege ferenda*.

⁷⁸ Vid. al respecto BARRIOS FLORES, Luis Fernando “El suicidio en Instituciones Penitenciarias. I. Responsabilidad institucional”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 3, núm. 3, 2001, pp. 118-127 y del mismo autor: “El suicidio en Instituciones Penitenciarias. II. Responsabilidad profesional”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 4, núm. 1, 2002, pp. 31-38 y “La responsabilidad por suicidio en la Institución Penitenciaria”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 249, pp. 89-134.

⁷⁹ BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Policía y urgencia psiquiátrica. II. La responsabilidad por suicidio”, *Servicios de la Policía Municipal*, núm. 48, pp. 9-16 y del mismo autor “Urgencias psiquiátricas: marco jurídico de la actuación policial”, *Newsletter de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edic. V (jun.-jul. 2003), Disponible en la URL: <http://www.psiquiatrialegal.org>.

En segundo lugar, la encomienda a la Administración penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos (3.4 LOGP) exige que la misma posea los medios y emplee las medidas precisas para cumplir con tal función; medios y medidas que en ocasiones difieren de los medios/medidas regimentales, hasta el punto de que esto/as pueden ser incluso contraindicado/as en los casos en que concurre una etiología psiquiátrica.

En tercer lugar, es fundamental tener en cuenta la importante aportación que ha hecho el nuevo RP 1996, al garantizar a todos los internos “sin excepción” una “atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” (art. 208.1 RP 1996). Este elemento homologador supone un considerable y plausible esfuerzo que merece ser destacado.

En cuarto lugar, ha de tenerse asimismo presente que también el nuevo RP 1996 aporta algunos referentes en la materia que aquí nos ocupa. El art. 210.1 RP 1996, tras establecer el principio general de que todo tratamiento médico-sanitario requiere el consentimiento informado del interno, admite como excepción el tratamiento “contra la voluntad del interesado” aunque “sólo cuando exista peligro inminente para la vida de éste”; por su parte el apartado 2 del mismo artículo admite la intervención médico-sanitaria sin consentimiento del paciente “cuando el no hacerlo suponga un peligro ***83** evidente para la salud o la vida de terceras personas”. Con ello se trasladan al campo penitenciario principios y reglas de nuestra legislación sanitaria general (antes la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; hoy la Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Y, en quinto lugar, enlazando con lo anterior, no puede olvidarse que la regulación sanitaria general también es de aplicación al medio penitenciario; la Ley 41/2002, establece como principio general la necesidad del consentimiento informado (art. 8.1), aunque admite la intervención clínica, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente “[c]uando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” (art. 9.2.b). Pues bien, la Ley 41/2002 tiene el carácter de “básica”, conforme a lo establecido en el art. 149.1.1ª y 16ª de la Constitución, con lo cual la homogeneización del trato jurídico al paciente, cualesquiera que sea el ámbito territorial está garantizado; pero es más, “tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, *públicos* y *privados*, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica” (art.

1), con lo que es evidente la plena vigencia de la misma en el ámbito penitenciario. No en vano, “[e]l condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo [Capítulo II del Título I] a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria” (art. 25.2 CE). Y es obvio que ninguno de estos límites puede o deber comportar la inaplicación de la normativa sanitaria general en lo que aquí concierne. A mayor abundamiento, el art. 10 de la Ley General de Sanidad enumera los derechos que “todos tienen... con respecto a las distintas administraciones sanitarias”. Por lo que sin discusión alguna se incluye en las mismas la sanidad que depende de la Administración Penitenciaria.

A nivel nacional, ha sido escasa la atención a esta problemática desde el ámbito sanitario. Es de agradecer por ello la publicación de Martínez Cordero e Hinojal en los albores de la Revista de Española de Sanidad Penitenciaria⁸⁰. Pero el tema debiera centrar más la atención de sanitarios y juristas.

2. Panorama normativo español.

En España, al margen del caso de la alimentación forzosa de los presos de los GRAPO (SSTC 120/1990, 27 junio y 137/1990, 19 julio) y de algún pronunciamiento judicial ciertamente inquietante⁸¹, apenas se ha tratado la cuestión del tratamiento forzoso de los reclusos, a diferencia de lo que sucede en otras latitudes; así, en Estados Unidos es ilustrativa al respecto la sentencia del caso: *Washington v. Harper*⁸², relativa al derecho de los reclusos a rechazar un tratamiento psicotrópico forzoso.

***84** Esta desatención del legislador y de la doctrina española no es privativa del medio penitenciario. Como ya tuve ocasión de señalar en otra ocasión⁸³, en el medio no penitenciario - instituciones psiquiátricas ordinarias- sucede otro tanto. Al margen del internamiento psiquiátrico civil involuntario, las referencias al empleo de otros medios coercitivos son mínimas e incluso con el tiempo han ido desapareciendo las existentes. Así, en los Reales Decretos de 12 y 19 de mayo de 1885 (la primera normativa psiquiátrica propiamente dicha) existe una breve mención al

⁸⁰ MARTÍNEZ, A. e HINOJAL, R.: “Manejo del paciente violento en prisión”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 1, 1998, pp. 13-19.

⁸¹ Me refiero a la STS 3ª, 18.10.2005, EDJ 2005/244537, que estima la responsabilidad patrimonial de la Administración Penitenciaria, por no haber intervenido -incluso coactivamente (invoca expresamente el art. 45 LOGP)- en el caso de un recluso que se negó a seguir el tratamiento médico indicado, falleciendo.

⁸² *Washington v. Harper*, 494 U.S. 210, 221-222 (1990).

⁸³ BARRIOS FLORES, L.F.: “Coerción en psiquiatría”, *Anales de Psiquiatría*, Vol. 19, núm. 2, 2003, p. 62.

empleo de medios de contención y al aislamiento, atribuyendo al Jefe facultativo la competencia para la adopción de las mismas. La posterior regulación, también reglamentaria, constituida por el Decreto de 3 de julio de 1931 (con sus modificaciones y aclaraciones por Decreto 27 de mayo de 1932 y Orden Ministerial de 30.12.1932) se centra asimismo en la regulación del internamiento involuntario, apenas dedicando atención a otros medios coercitivos; en concreto menciona, también a efectos de determinar la competencia facultativa, el empleo de “medios físicos coercitivos (camisas de fuerza, ligaduras, etcétera)” (art. 3, pfo. 2º).

Esencialmente tres son los supuestos de empleo terapéutico de los medios coercitivos: las enfermedades infecto-contagiosas, las huelgas de hambre y las indicaciones psiquiátricas, aunque –como ya anuncié- sólo me referiré a las últimas.

El empleo de medios coercitivos en psiquiatría tiene dos planos de tratamiento. Por un lado, disponemos de un conjunto normativo que, partiendo de la Constitución, es desarrollado por textos legales estatales (Ley General de Sanidad primero, y Ley 41/2002 después) y autonómicos. Este bloque normativo regula la autonomía del paciente, y por tanto la exigencia como principio general del consentimiento informado para toda intervención médica, con las excepciones que se indican (incluido el tratamiento médico forzoso). Por otro lado, disponemos de una regulación procedimental, hoy ubicada en la Ley de Enjuiciamiento Civil -antes lo estuvo en el Código Civil, art. 211- que se centra en el procedimiento del internamiento involuntario (art. 763 LEC)⁸⁴.

La Constitución consagra una protección del derecho a la libertad individual a dos niveles: por un lado, considera que la libertad tiene el carácter de valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE); por otro, se protege de un modo intenso -con un procedimiento especial y reforzado, art. 53.2 CE- la libertad física del individuo (art. 17.1 CE). No existe, sin embargo, ninguna mención a los tratamientos sanitarios obligatorios, al contrario de lo que sucede en otros ordenamientos de nuestro entorno -así el italiano, art. 32 de su Constitución-.

La libertad individual del enfermo es objeto de regulación y protección a nivel legal, por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico, en la Ley General de Sanidad⁸⁵, la cual en su art. 10.6 reconoce al paciente el derecho a la libre elección entre las distintas opciones terapéuticas,

⁸⁴ En Cataluña este precepto tiene su homólogo en el art. 255 del Código de Familia.

⁸⁵ En realidad sí hubo un antecedente regulador, aunque no llegó a tener vigencia. Me refiero al art. 13.1.c) del anulado Real Decreto 2082/1978, 25 de agosto. Un antecedente, aunque sin valor normativo, también lo constituyó el Plan de Humanización de Hospitales que fue puesto en marcha a partir del 1.10.1984, e incluía una Carta de los Derechos y Deberes del paciente, la cual también aludía al consentimiento informado y a las excepciones a la prestación del consentimiento (apartados 5 y 6).

exigiéndose su previo consentimiento, salvo *85 en los casos en que no esté capacitado para tomar decisiones (apartado b) o en que la urgencia no permita demoras (apartado c).

Posteriormente fue aprobada la Ley 41/2002 (BOE, 15 noviembre), que entró en vigor el 15 de mayo de 2003, y deroga buena parte de la regulación de la LGS sobre derechos de los pacientes (art. 10.6 LGS). Los preceptos que inciden en materia de empleo de medios coercitivos son los siguientes:

- El art. 2.2 instaura el principio general de previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que se desarrolla en el art. 8. El llamado “consentimiento informado” es un principio que, como es sobradamente conocido, preside desde ya hace algunos años el ámbito de intervenciones sanitarias⁸⁶ y enlaza con el derecho del paciente a elegir entre las distintas opciones clínicas posibles (art. 2.3).
- El art. 2.4 establece que “[t]odo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. Este derecho a rechazar el tratamiento ya figuraba en el art. 10.9 de la Ley General de Sanidad, y ha sido objeto de puntuales estudios en la doctrina jurídica española⁸⁷.
- El art. 9.2.b) que legitima al facultativo a intervenir, aún sin consentimiento del paciente, cuando exista “un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”.
- El art. 9.3.a) y b) que preceptúa el consentimiento por representación siempre que “el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación” o se encuentre “incapacitado legalmente”.
- La disposición derogatoria que, expresamente afecta a los apartados 6 y 9 del art. 10 de la Ley General de Sanidad.

⁸⁶ SIMÓN, Pablo: *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid, 2000.

⁸⁷ BAJO FERNÁNDEZ, M.: “Agresión médica y consentimiento del paciente”, *Cuadernos de Política Criminal*, núm. 25, 1985, en especial p. 187; COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, HAEE-IVAP, Oñate, 1988, pp. 293 y ss.; BUENO ARÚS, Francisco: “El rechazo al tratamiento en el ámbito penitenciario”, en *Actualidad Penal*, núm. 31, 1991, pp. 400-401; GÓMEZ PAVÓN, Pilar: *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*, Bosch, Barcelona, 1997, pp. 299-300.

Paralelamente, a nivel autonómico, algunas legislaciones han abordado la cuestión de la autonomía del paciente⁸⁸.

***86** En resumidas cuentas, el panorama normativo en el ámbito general se reduce a una regulación de los internamientos psiquiátricos civil (763 LEC) y penal (101.104 CP y 183-191 RP 1996), al establecimiento del principio general de consentimiento informado con un listado de excepciones (Ley 41/2002) y una incomprensible ausencia de regulación de otros medios coercitivos (aislamiento o sujeción mecánica).

3. Panorama europeo.

La reflexión filosófica y la regulación jurídica del empleo de la coerción en psiquiatría han tenido en Europa un campo abonado (las referencias históricas a los Tuke y Pinel, son ilustrativas en este sentido). Más, ciñéndonos a tiempos contemporáneos, me centraré en la labor del Consejo de Europa y en las últimas investigaciones sobre el tema.

3.1. La labor de instituciones europeas, especialmente del Consejo de Europa.

La labor de la Unión Europea en la materia que aquí se trata ha sido escasa, por no decir que nula. Esta organización internacional ha dictado eso sí, alguna resolución en materia de equiparación de derechos de los discapacitados y, sobre todo, ha elaborado el “Libro Verde Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” (Documento de la Comisión COM (2005) 484 final) que, como su nombre indica, está dedicado a las políticas en salud mental. En el ámbito de las entidades no oficiales cabe citar la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, aprobada en Roma en noviembre de 2002.

También en nuestro ámbito geográfico ha desarrollado su labor la Oficina de la Organización Mundial de la Salud para Europa. La Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental, aprobó del 12 al 15 de enero de 2005 en Helsinki dos documentos

⁸⁸ Así, es el caso del Decreto 175/89, de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza; de la ley 4/1991, 24 de marzo de creación del servicio de salud de La Rioja (art. 1.6), la Ley 1/1992, 2 de julio del Servicio de Salud del Principado de Asturias (art. 49.6), la Ley 1/1993, 6 de abril, de Ordenación del sistema sanitario de Castilla y León (art. 4.1.h), la Ley 11/1994, 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias (art. 6.1.o), la Ley 8/1997, 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euzkadi (art. 10.1), la Ley 2/1998, 15 de junio, de Salud de la Comunidad Andaluza (art. 6.1.ñ), la Ley 21/2000, de 21 de diciembre de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (art. 7), precepto que en el campo psiquiátrico es preceptivo relacionar con el art. 255 de la Ley 9/1998, de 15 de julio, Código de Familia de Cataluña; la Ley 3/2001, de 28 de mayo de Galicia, sobre consentimiento informado e historia clínica de los pacientes (arts. 6 y 11.b); la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (art. 11.1.h), la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Navarra, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (art. 8); la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, de Derechos e información al paciente (arts. 8-11).

básicamente referidos a políticas de salud y provisión de servicios: la Declaración de Salud Mental para Europa y el Plan de Acción sobre Salud Mental en Europa. Citar asimismo que en marzo de 1994 dicha Oficina Regional aprobó en Ámsterdam la “Declaración sobre promoción de los derechos del paciente en Europa”.

Por tanto, las organizaciones precitadas han centrado su atención en declaraciones genéricas o en políticas de salud y provisión de servicios, pero no han afrontado el tema de la coerción en psiquiatría de forma directa.

Ha correspondido al Consejo de Europa el claro protagonismo a la hora de abordar el empleo de medios coercitivos en psiquiatría, tanto en general, como en el campo específico del aislamiento y la contención mecánica. Tal tarea se ha venido desarrollando utilizando diferentes instrumentos: las tradicionales Recomendaciones –el instrumento más característico del Consejo (CoE)-, la redacción de un Libro Blanco por parte del Comité de Bioética (CDBI), la labor del Comité para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), los Informes del Comisario Europeo de Derechos Humanos y el conjunto de resoluciones emanadas del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

En cuanto a Recomendaciones, se refieren específicamente al tema la Rec 1235 (1994), de 12 de abril de 1994, sobre Psiquiatría y Derechos Humanos y la Rec (2004) 10, de 22 de septiembre de 2004, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales. Aparte de éstas, las ya citadas Reglas Penitenciarias Europeas de 1987 y 2006.

***87** La Rec 1235 (1994) manifiesta que el uso del aislamiento debe ser estrictamente limitado y afirma que no debe utilizarse ningún tipo de contención mecánica (apartado 7.iii.b y c).

Por su parte, la decisiva Rec (2004) 10, no es tan radical en sus planteamientos, cuando en su art. 27 señala que:

- El aislamiento y la contención sólo pueden producirse en establecimientos apropiados, respetando el principio de restricción mínima y sólo a fin de prevenir un daño inminente a la persona concernida o a un tercero, debiendo ser siempre proporcionados a los eventuales riesgos.
- El recurso a tales medidas sólo puede efectuarse bajo control médico, debiendo la persona concernida beneficiarse de un seguimiento regular.

- El empleo del aislamiento y la contención deben consignarse por escrito, especificando las razones que lo justifiquen y la duración de su aplicación.
- Al margen de lo anterior podrá aplicarse la contención momentánea (no especificando esta Recomendación los supuestos o condiciones para recurrir a tal medida).

Además, en su art. 11.2, la Rec (2004) 10 alude a la necesidad de implantar unos estándares profesionales, conforme a los cuales el personal del establecimiento psiquiátrico debe recibir un entrenamiento adecuado sobre: la protección de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pacientes, prevención y control de la violencia, medidas para evitar el uso de la contención y el aislamiento, restringir las circunstancias en las que está justificado el recurso a la contención y al aislamiento, teniendo en consideración los beneficios y riesgos concurrentes y la correcta aplicación de tales medidas.

El Libro Blanco sobre protección de los derechos y la dignidad de las personas que sufran trastornos mentales, especialmente en lo referido a los ingresados como pacientes involuntarios en una institución psiquiátrica está contenido en el CM (2000) 23, de 10 de febrero de 2000. El Grupo de Trabajo que lo elaboró llegó a las siguientes conclusiones:

- El empleo por tiempo breve de contenciones y aislamientos ha de ser proporcional a los beneficios y riesgos que entraña tal tipo de medida. Su aplicación en períodos prolongados sólo cabe en situaciones excepcionales, cuando no existiera otro medio de solventar la situación.
- Se requiere una adecuada formación del personal actuante, acudiéndose en este sentido en primer término a una respuesta oral, subsidiariamente manual y -como último recurso- mecánica.
- Estas medidas coercitivas deben realizarse por orden y bajo control médico o, en su caso, poniendo en conocimiento del facultativo la puesta en práctica, para su aprobación.
- Debe constar en un registro apropiado y en el historial clínico del paciente tanto las razones de aplicación como la duración de la medida.

***88** El Grupo de Trabajo deja abierta a la reflexión las garantías que deben establecerse en materia de contención.

La labor del Consejo de Europa hasta aquí descrita está en consonancia con la llevada a cabo en el seno de las Naciones Unidas. Así, los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y la mejora de la atención en salud mental, aprobados por la Asamblea General en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, expresan en su Principio 11.11:

“No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar aquel propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder”.

El tercer referente básico del Consejo de Europa es la Convención Europea para la Prevención de la Tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes. Suscrita en Estrasburgo el 26 de noviembre de 1987, su razón de ser –así lo especifica su art. 1- es la creación de un Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT). “Por medio de visitas, este Comité examinará el trato dado a las personas privadas de libertad para reforzar, llegado el caso, su protección contra la tortura y las penas o tratos inhumanos o degradantes”, debiendo cada Estado suscribiente, autorizar tales visitas “a todo lugar bajo su jurisdicción donde haya personas privadas de la libertad por una autoridad pública” (art. 2), lo que garantiza el art. 8 del Convenio (acceso al territorio y libre desplazamiento, derecho a la obtención de datos de los privados de libertad, posibilidad de entrevista sin testigos con éstos y posibilidad de contacto con cualquiera que a juicio del Comité pueda proporcionar datos útiles)⁸⁹. El procedimiento para la designación de los integrantes del Comité garantiza una composición igualitaria (cada Estado tiene derecho a un representante, art. 4.1), sus miembros serán personas de “reconocida moralidad, conocidas por su competencia en materia de derechos humanos” (art. 4.2). Mas lo relevante es la independencia e imparcialidad de sus miembros (art. 4.4), que además gozan de un régimen de privilegios e inmunidades (art. 16). El Comité actúa a través de visitas periódicas, aunque también puntuales (art. 7.1). El resultado de cada visita dará origen a un informe “sobre los hechos comprobados con motivo de la misma teniendo en cuenta todas las observaciones que pudiere presentar la Parte interesada. Transmitirá a ésta su informe, en el que figurarán las recomendaciones que estime necesarias. El Comité podrá entablar consultas con la Parte para

⁸⁹ Existen algunas posibles restricciones al régimen de visitas por motivos de defensa, seguridad pública o prevención de graves desórdenes o por razón del estado de salud de la persona privada de libertad, supuestos en los cuales se establece un régimen de consultas Comité-Estados concernidos (art. 9 del Convenio).

sugerir, si procede, mejoras para la protección de las personas privadas de libertad”. Además *89 “si la Parte no coopera o se niega a mejorar la situación a la vista de las recomendaciones del Comité, éste podrá, por mayoría de dos tercios de sus miembros y después de que la Parte haya tenido la posibilidad de dar explicaciones, hacer una declaración pública al respecto” (art. 10).

El CPT elabora periódicamente unos “Standards” para su aplicación en materias concretas, que están contenidos en unos denominados “Informes Generales”. El último de ellos fue revisado en 2006. En dos Informes Generales el CPT se extiende ampliamente sobre el empleo de la contención mecánica y el aislamiento. El primero fue el 8th General Report [CPT/Inf (98) 12]; el segundo el 16th General Report [CPT/Inf (2006) 35]. Este es el contenido básico de los mismos⁹⁰:

- El paciente debe ser tratado con respeto a su dignidad, en un medio seguro y humano que respete su autodeterminación personal, sin violencias ni abusos (16thGR, 37). La forma en que se empleen estas medidas no debe provocar ningún sentimiento de humillación al paciente (16thGR, 47).
- El empleo de la fuerza física puede, no obstante, ser inevitable para asegurar tanto la seguridad del propio paciente como del resto del personal del establecimiento, pues es preciso garantizar un clima de convivencia sin violencia alguna (8thGR, 47 y 16thGR, 37), siendo precisa una política clara para el uso de la contención (8thGR, 47 y 16thGR, 51).
- Diversos son los medios de intervención ante un paciente agitado o violento (vigilancia constante del personal, técnicas de control manual, medios de contención mecánica, contención química y el aislamiento), los cuales pueden ser empleados separados o en combinación (16thGR, 39).
- El método elegido de intervención ha de ser el más proporcionado a la situación, debiendo acudir a la contención mecánica o química sólo cuando previamente se ha empleado por un corto período el control manual y el recurso a técnicas psicológicas para sosegar al paciente. Sin duda el CPT se inclina por utilizar como método más idóneo la persuasión (8thGR, 47 y 16thGR, 39). El empleo de la contención ha de ser el último recurso (16thGR, 43) y han de fomentarse programas para su reducción y eliminación (16thGR, 44).
- Cuando se acude a la contención es importante la presencia de un número adecuado de personal y que un miembro del equipo sanitario esté presente en las maniobras para garantizar la relación terapéutica y asistir en caso necesario al paciente (16thGR, 50).

⁹⁰ En adelante citaré el primero como 8thGR y al segundo como 16thGR, acompañado en ambos casos del párrafo correspondiente de los mismos.

- La utilización de la contención será autorizada previamente por un médico o, al menos se le informará de esta medida para su ratificación. Dicha autorización ha de ser individualizada y no debe recurrirse a instrucciones generales (8thGR, 48 y 16thGR, 44).
- Algunos instrumentos de contención deben descartarse: cadenas, esposas o camas plegables (recurso este último que utilizado en algunos países europeos se empleaba a título de sanción y que está en un proceso de supresión) (16thGR, 40).
- ***90** Mientras dure la medida el médico ha de visitar regularmente al paciente (16thGR, 45). Al mismo tiempo se vigilarán periódicamente las constantes vitales –respiración y capacidad de comunicación-, alimentación y bebida (16thGR, 48). El empleo de cámaras de vigilancia no puede reemplazar la necesaria presencia de personal (que en el caso de la medida de aislamiento debe permanecer fuera de habitación, pero a la vista del paciente) (16thGR, 50).
- La contención debe llevarse a cabo en lugares y condiciones adecuados: luz y temperatura apropiadas, sin exposición del paciente a la vista de otros pacientes –salvo que el propio paciente concernido reclame una compañía-, garantizando que no pueda ser lesionado por otros pacientes,... (16thGR, 48).
- La medida ha de durar el tiempo imprescindible, sin que sea aceptable la permanencia de la misma durante días, lo cual comportaría un auténtico maltrato. Los establecimientos debieran establecer la caducidad de la medida en un tiempo determinado, pasado el cual sólo cabe su mantenimiento por orden expresa del facultativo (8thGR, 48 y 16thGR, 45).
- Finalizada la contención el médico ha de llevar a cabo una entrevista con el paciente, para explicarle las razones para recurrir a esta medida, para disminuir el trauma psicológico que siempre comporta y para restablecer la relación terapéutica (16thGR, 46).
- El CPT ha constatado que el empleo de medidas de contención se encuentra influenciado por factores no estrictamente clínicos, que no solamente se refieren a los efectivos existentes, los diagnósticos o las condiciones materiales del servicio, sino que responden en ocasiones a una cultura y actitudes del personal hospitalario (16thGR, 54).
- Está constatado que, en no pocas ocasiones, el personal interviniente carece de una adecuada formación para tratar a un paciente agitado y/o violento (16thGR, 38). La inmovilización de un paciente agitado o violento es tarea nada fácil (16thGR, 49). Es menester que el personal disponga de una formación adecuada: a) para el empleo de técnicas verbales de intervención y de empleo de la inmovilización manual (8thGR, 47); b)

conozca la forma de aplicación de los medios de contención (16thGR, 49) y c) actuar de forma acorde a la ética (16thGR, 37). No deben participar otros pacientes en las maniobras de reducción y contención (16thGR, 48).

- Limitar el empleo de la contención precisa un cambio en la cultura hospitalaria, siendo en este sentido ineludible el compromiso de la dirección (16thGR, 54). Además, corresponde a ésta tener un activo papel de control sobre el empleo de medios coercitivos (16thGR, 38).
- Bajo ningún concepto puede recurrirse a los medios de contención por mala conducta del paciente o como medio de obtener un cambio de su comportamiento, ni tampoco por razones de comodidad del personal o alegando falta de personal –alegación mal fundamentada, ya que el empleo de la contención implica una vigilancia directa, personal y permanente del paciente- (8thGR, 48 y 16thGR, 43).
- La contención debe documentarse, tanto en un registro especial como en el propio historial clínico del paciente. Debe registrarse el inicio y fin de la medida, *91 las circunstancias y razones que la han justificado, el nombre del médico que ha ordenado o aprobado su empleo, las lesiones padecidas por el paciente y en su caso por el personal del establecimiento (8thGR, 50 y 16thGR, 52). Debe facilitarse a los pacientes que incluyan sus comentarios en dicha documentación, informándoles de este derecho (16thGR, 43).
- Es recomendable el envío regular de informes a un órgano de control externo (16thGR, 53).
- El recurso a la medida de aislamiento está en declive (8thGR, 49 y 16thGR, 42), pero en los países y establecimientos en los que aún se mantiene debe especificarse los casos para su empleo, los objetivos que se pretenden, la duración y necesidad de revisión frecuente, la permanencia de contactos humanos apropiados y la obligación de mantener una atención exhaustiva por parte del personal. Jamás se utilizará esta medida a título de sanción (8thGR, 49). Es preciso tener en cuenta los efectos que esta medida tiene sobre el paciente (posible desorientación y ansiedad) (16thGR, 42).

Indicar en fin, que tanto los Informes del Comisario Europeo de Derechos Humanos como el conjunto de resoluciones emanadas del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), poco añaden a la labor mucho más detallada que en esta materia ha desarrollado el CPT. El primero, en sus Informes, no hace sino revisar el grado de aplicación de las normas sobre derechos humanos en los diversos países. La labor del segundo especialmente se centra en materia de internamientos psiquiátricos (civiles y penales); las menciones al empleo de medios

coercitivos son mínimas, aunque siempre relacionadas con la vulneración del art. 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (derecho a no sufrir penas ni tratos inhumanos o degradantes).

3.2. El estado de la investigación en Europa.

En el ámbito de la contención mecánica y el aislamiento es de obligada cita el reciente Estudio EUNOMIA⁹¹ que, en el caso de España, tuvo por Investigador Principal al Prof. Torres González y contó con el correspondiente Comité Asesor⁹². Este Proyecto se incardinó en el programa sobre calidad de vida (*Quality of Life and management of living resources*) que a su vez forma parte del 5º Programa Marco de la Comisión Europea (*Fifth Frame work Programme of the European Commision*)⁹³.

En síntesis, el Proyecto EUNOMIA ha pretendido analizar la realidad práctica clínica y legal del empleo de medios y medidas coercitivas en el medio psiquiátrico en doce países, describir comparativamente los resultados hallados y conformar una Guía Europea que recoja las más pertinentes pautas de intervención, aplicación y control de aquellos medios y medidas.

En EUNOMIA se partió del análisis de cuatro intervenciones coercitivas en el campo de la psiquiatría hospitalaria. Quedaron fuera del estudio aquellas otras medidas *92 que aunque incidan en la restricción de la libertad, y en consecuencia sean coercitivas, tienen lugar en un estadio previo al ingreso hospitalario. Tal sería el caso de la reducción y traslado de pacientes a los establecimientos sanitarios, por ejemplo⁹⁴. Por tanto el objeto de estudio se circunscribió al internamiento involuntario o forzoso (*involuntary admission*), al tratamiento médico forzoso (*forced medication o compulsory medical treatment*) y, en lo que aquí interesa,

- al aislamiento terapéutico (*seclusion*), entendiéndose por tal la ubicación de un paciente en una habitación cerrada, destinada precisamente (la habitación, la medida o ambos) a la separación del paciente de su entorno⁹⁵.

⁹¹ La Web del estudio es: <http://www.eunomia-study.net/>. Cfr. BARRIOS, L.F.: “Coerción en psiquiatría”, *Anales de Psiquiatría*, Vol. 19, núm. 2., 2004, pp. 55-63 y MAYORAL, F. y TORRES, F.: “La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 33, núm. 5, 2005, pp. 331-338.

⁹² Formaron parte del mismo: Claudio Hernández Cueto, Ángeles López López, Pilar Nonay Calvente, Fermín Mayoral Cleries, José Hervás y Luis Fernando Barrios Flores.

⁹³ <http://cordis.europa.eu/fp5/>

⁹⁴ Sobre este aspecto vid. por ejemplo: BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Urgencias psiquiátricas: marco jurídico de la actuación policial”, op. cit., *Newsletter de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición V (Junio-julio 2003). En la URL: <http://www.psiquiatrialegal.org>.

⁹⁵ GRASIAN, S. y FRIEDMAN, N.: “Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement”, *International Journal of Law and Psychiatry*, núm. 8, 1986, pp. 49-56; THOMPSON, P.: “The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area”, *Britisch Journal*

- a la inmovilización terapéutica (*restraint*), que viene referida a la fijación o sujeción de, cuando menos, alguno de los miembros del paciente mediante dispositivos mecánicos *ad hoc*⁹⁶. Como señala la *Joint Commission on the Accreditation of Health care Organizations* es el “uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros”.

El campo geográfico de estudio se extendió a 12 países: seis de la entonces Unión Europea (Alemania, Italia, Reino Unido, Grecia, España y Suecia), otros 5 que posteriormente han ingresado en la Unión (Bulgaria, República Checa, Lituania, Polonia y Eslovaquia) y uno con importantes vínculos culturales y socio-económicos con Europa (Israel). En cada uno de los países se efectuó un trabajo de campo analizando diversas intervenciones terapéuticas en dos grupos de pacientes (uno de ingresados voluntarios y otro de involuntarios) y todo ello en un centro de estudio (que en el caso de España son dos, los Hospitales Clínico San Cecilio de Granada y Carlos Haya *93 de Málaga). De cada país se analizaron las normativas y prácticas relacionadas con el empleo de medios y medidas coercitivas en el medio psiquiátrico hospitalario.

Fueron objetivos del Proyecto EUNOMIA la recogida de datos sobre empleo de medios y medidas coercitivas -recogida que abarcó la descripción de las medidas empleadas y la opinión

of Psychiatry, núm. 149, 1986, pp. 471-474; HODGKINSON, P.: “The use of seclusion”, *Medicine Science Law*, núm. 3, Vol. 25, 1985, pp. 215-222; MASSON, T.: “Seclusion: definitional interpretations”, *Journal of Forensic Psychiatry*, núm. 2, Vol. 3, 1992, pp. 261-270; MASSON, T.: “Seclusion theory reviewed –a benevolent or malevolent intervention?–”, *Medicine Science Law*, núm. 2, Vol. 33, 1993, pp. 95-102 y FISHER; W.A.: “Restraint and seclusion: a review of literature”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 11, Vol. 151, 1994, pp. 1584-1590.

⁹⁶ Cfr. DAVIDSON, N.A. HEMINGWAY, M.J. y WYSOCKI, T.: “Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility”, *Hospital and Community Psychiatry*, núm. 2, Vol. 35, 1984, pp. 164-167; WAY, B.B.: “The use of restraint and seclusion in New York State psychiatric centers”, *International Journal of Law and Psychiatry*, núm. 8, 1986, pp. 383-393; WAY, B.B. y BANKS, S.M.: “Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: Patient characteristics and facility effects”, *Hospital and Community Psychiatry*, núm. 1, Vol. 41, 1990, pp. 75-81; DELANEY, K.: “Time-out: an overused and issued milieu intervention”, *Journal Children & Adolescents Psychiatric Nursing*, núm. 2, Vol. 12, pp. 53-60; KALTIALA-HENO, R., LAIPPALA, P. y SALOKANGAS, R.K.R.: “Impact of coercion on treatment outcome”, *International Journal of Law and Psychiatry*, núm. 3, Vol. 20, 1997, pp. 311-322; KALTIALA-HENO, R., KORKEILA, J., TUOHIMAKI, C., TUORI, T. y LEHTINENT, V.: “Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment”, *European Psychiatry*, núm. 3, Vol.15, 2000, pp. 213-219; WHITMAN, G.R., DAVIDSON, L.J., RUDY, E.B. y SEREIKA, S.M.: “Practice patterns related to mechanical restraint use across a multi-institutional health care system”, *Outcomes of Managing Nursing Practice*, núm. 3, Vol. 5, 2001, pp. 102-109 y WHITMAN, G.R., DAVIDSON, L.J., SEREIKA, S.M. y RUDY, E.B.: “Staffing and pattern of mechanical restraint use across a multiple hospital system”, *Nursing Research*, núm. 6, Vol. 50, 2001, pp. 356-362.

de pacientes, clínicos y familiares de aquellos-, y la posterior divulgación de los resultados obtenidos. A la vista del análisis jurídico comparativo, se formularán propuestas para conseguir una futura y deseable armonización de las prácticas (y normativas) nacionales en el campo de la coerción en el medio psiquiátrico. A lo largo del tiempo la recogida jurídica de datos (normativa, doctrina legal e incluso documentos internos de actuación -protocolos-) completó el estudio⁹⁷. Al final nos encontramos ante un mapa clínico y jurídico que permitirá hacer las correspondientes propuestas: *de lege ferenda* en el campo legislativo y *de praxis ferenda* en el área clínica.

El interés del estudio EUNOMIA desborda el ámbito inicial de estudio (los servicios de psiquiatría de las instituciones hospitalarias generales) para irradiar sus efectos en las instituciones penitenciarias en general, ya que en estas sean especializadas (hospitales psiquiátricos penitenciarios y unidades psiquiátricas penitenciarias) o no (centros penitenciarios ordinarios) ha de recurrirse en ocasiones al empleo de medios coercitivos con fundamento terapéutico. Es necesario estar atentos pues a los resultados de este ambicioso proyecto, que se une a otros ya en marcha o finalizados; es el caso, por ejemplo, del Proyecto de investigación “Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU-Member States” (European Commission-The SANCO Directorate General, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Alemania, 2003), de cuyo cuestionario e informe español fuimos corredactores el Profesor Torres González y el que suscribe estas páginas o el Estudio EUPRIS – en el coincidimos nuevamente como investigadores principales el Prof. Torres González y el que suscribe..

EUPRIS⁹⁸, aún sin referirse explícitamente al tema que aquí se trata, es un inevitable referente en materia de salud mental en prisión. Estando constatado que los trastornos mentales en los establecimientos penitenciarios son un creciente problema a nivel mundial, no debidamente afrontado, ni dotado de los recursos necesarios, pretende precisamente cuantificar y evaluar los recursos asistenciales, a fin de llevar a cabo una adecuada política de prevención, de cuidado y de evitación de la utilización de medios coercitivos mediante una idónea evaluación y tratamiento previo.

4. Propuesta de principios reguladores en intervenciones por indicación psiquiátrica.

⁹⁷ El análisis jurídico comparativo está recogido en: KALLERT, Thomas W. y TORRES GONZÁLEZ, Francisco (Eds): *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006.

⁹⁸ http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/action1_2004_17_en.htm

Descritos más arriba los principios que debieran inspirar una regulación del empleo de medios coercitivos por razones regimentales, considero que cualquier futura regulación del uso de medios coercitivos en la práctica psiquiátrica penitenciaria ha de acomodarse al siguiente decálogo⁹⁹.

***94** 1º.- Principio de respeto a la dignidad personal. En la dignidad se condensan los criterios axiológicos que sustentan el orden constitucional¹⁰⁰, siendo el “tronco común” del catálogo de derechos que luego sigue. Por ello cabría afirmar que el art. 10 CE consagra la persona y su dignidad como principio rector del ordenamiento jurídico español¹⁰¹. Este precepto no es solamente un principio ético o declarativo, sino que se trata de una “auténtica norma jurídica vinculante tanto para los poderes públicos como para los ciudadanos”¹⁰².

La proscripción general de los tratos inhumanos o degradantes (art. 3 Convenio Europeo de Derechos Humanos de 4 de noviembre de 1950 y Convención Europea para la Prevención de la Tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, de 26 de junio de 1987), exige una especial tutela frente a eventuales ataques a la dignidad de aquellas personas que se encuentran privadas de libertad personal (art. 10.1 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966 y apartado 1 de los “Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier tipo de detención o prisión”, aprobados por Resolución 43/173, de 8 de diciembre de la Asamblea General ONU). Esta especial atención es percible tanto en el plano sanitario general¹⁰³, como en el psiquiátrico en particular (art. 2 de la Declaración de Hawaii, de 1977 y apartado 4 de la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, de 25 de agosto de 1996). Y otro tanto sucede en nuestro ordenamiento penitenciario interno donde tan frecuentes son las alusiones a la dignidad (18, 20.1, 23 o 26 b) LOGP y 4.2.b, 36.1, 71.1, 104.4, 135.2.e, 141 RP 1996). Concretamente, en lo que a empleo de medios coercitivos se refiere, el

⁹⁹ La formulación de los mismos la efectué, por vez primera, en “Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación”, *Derecho y Salud*, Vol. 11, núm. 2, 2003, pp. 141-163.

¹⁰⁰ PAREJO ALFONSO, Luciano: *Estado social y Administración Pública*, Civitas, Madrid, 1983, p. 71.

¹⁰¹ GONZÁLEZ PÉREZ, Jesús: *La dignidad de la persona*, Civitas, Madrid, 1986, p. 80.

¹⁰² RODRÍGUEZ, Jesús P.: *El proceso de constitucionalización de una exigencia ética fundamental: el derecho a la intimidad*, *Derechos y Libertades*, núm. 3, p. 373.

¹⁰³ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, HAAE/IVAP, Oñati, 1988, p. 265 y BORRAJO DACRUZ, E (1984). “Protección de la salud, Comentario al art. 43 CE”, en ALZAGA, Óscar (Dir): *Comentarios a las Leyes Políticas. La Constitución Española de 1978*, EDERSA, Vol. IV, Madrid, 1984.

art. 188.3 RP es tajante al señalar que se ha de “respetar, en todo momento, la dignidad de la persona”.

2º.- Principio de legalidad. Afirma Joaquín García Morillo que “[l]a libertad personal es, pues, no sólo el derecho fundamental básico -tras la vida y la integridad física- sino también el derecho fundamental matriz de todos los demás, que son proyecciones de aquella” (García, 1995). La libertad, en el sentido que aquí interesa, puede tener doble carácter: como restricción de la libertad ambulatoria (art. 17 CE) y/o como limitación del derecho general de libertad (art. 1.1 CE). Ambas sólo pueden restringirse en virtud de una norma legal, es decir están sometidas al principio de legalidad. Como señala la STC 49/1999, 5 de abril (FJ): “por mandato expreso de la Constitución, toda injerencia estatal en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas, ora incida directamente sobre su desarrollo (art. 81.1 C.E.), o limite o condicione su ejercicio (art. 53.1 C.E.), precisa una habilitación legal. La reserva de ley a que con carácter general somete la Constitución española la regulación de los derechos fundamentales y libertades públicas reconocidos en su Título 1, desempeña una doble función, a saber: de una parte, asegura que los derechos que la Constitución atribuye a los ciudadanos no se vean afectados por ninguna injerencia estatal *95 no autorizada por sus representantes; y, de otra, en un Ordenamiento jurídico como el nuestro en el que los Jueces y Magistrados se hallan sometidos ‘únicamente al imperio de la Ley’ y no existe, en puridad, la vinculación al precedente (SSTC 8/1981, 34/1995, 47/1995 y 96/1996) constituye en definitiva el único modo efectivo de garantizar las exigencias de seguridad jurídica en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas. Por eso, en lo que a nuestro Ordenamiento se refiere, hemos caracterizado la seguridad jurídica como una suma de legalidad y certeza del Derecho (STC 27/1981, FJ 10)”.

Por tanto, los tratamientos forzosos, en la medida en que suponen la restricción de derechos y libertades fundamentales debieran contemplarse en normas con rango formal de ley¹⁰⁴. Como afirma Borrajo “será la Ley, y sólo la Ley (acto normativo de una Cámara legislativa), el instrumento técnico jurídico apto para configurar las obligaciones y responsabilidades del ciudadano de cara a la acción sanitaria pública”, por eso “cualquiera que sea la solución que se alcance habrá de tener en cuenta que las imposiciones sanitarias han de

¹⁰⁴ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios obligatorios...*, *op. cit.*, p. 221; BORRAJO DACRUZ, E.: “Protección de la salud”, *op. cit.*, p. 187; FERNÁNDEZ PASTRANA, J.M.: *El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional*, Civitas, Madrid, 1984, p. 76.

responder a ese principio de que los deberes sanitarios han de tener fundamento en una ley formal”.

Es más, comoquiera que aquí se trata de derechos y libertades precisamente *fundamentales*, tal norma legal -en el caso español- debiera tener rango orgánico, pues si bien el instrumento normativo ordinario para establecer deberes sanitarios es la Ley (art. 43.2 CE), esta habrá de tener carácter orgánico cuando se trata de una privación de libertad personal (hospitalización o aislamiento forzosos) o comporta cualquier actuación contraria a la voluntad del paciente. Esto es así ya que tres son las hipótesis en las que se precisa un instrumento legal orgánico: a) cuando al establecerse un tratamiento sanitario como obligatorio, la sanción prevista sea una pena privativa de libertad, b) cuando el tratamiento obligatorio consista o comporte el internamiento en un establecimiento hospitalario o incluso el aislamiento domiciliario y c) cuando se prevea la utilización de la *vis física*¹⁰⁵.

El problema está en que, aunque la base legal para el empleo de medios coercitivos sí existe -el art. 45 LOGP-, como ya veíamos, el fundamento terapéutico se encuentra cubierto por la previsión del apartado 1.b, en el cual -lamentablemente- la competencia está residenciada exclusivamente en una autoridad administrativa (el Director del establecimiento). Personalmente considero que no hay razón admisible para que la competencia, que en general se reconoce a los facultativos en el sistema nacional de salud, no se reconozca a éstos mismos en la institución penitenciaria cuando los supuestos de uso (indicación terapéutica) son idénticos. En otras palabras, *de lege ferenda* sería conveniente que la Ley distinguiera los dos tipos de fundamento para el empleo de medios coercitivos en la institución penitenciaria, el regimental y el terapéutico; de hecho tal diferenciación ya se ha hecho en parte con la introducción del art. 188.3 RP 1996 que alude a medios coercitivos por indicación médica en los establecimientos y unidades psiquiátricas penitenciarias. Ello puede hacerse bien regulándolo directamente en la propia norma penitenciaria (LOGP) o, mejor aún, estableciendo una norma de remisión a la legislación sanitaria general sobre competencia, *96 medios, circunstancias y garantías que en tales casos rigen. Legislación sanitaria general, que tampoco ha de olvidarse, tiene hoy por hoy una lamentable laguna en este tema; precisamente de ahí el interés que tiene el citado Estudio EUNOMIA. Estimo que en este tema más que un auténtico vacío legal, existe una cierta pereza

¹⁰⁵ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios obligatorios...*, op. cit., pp. 63-64.

del legislador a la hora de redactar unas normas que debieran –por la afectación de derechos y libertades fundamentales a que se refieren- ser especialmente claras, singularmente explícitas.

3º.- Principio de necesidad. El principio de necesidad alude a la llamada “indicación terapéutica”, conforme a la cual no cabe imponer una medida/medio coercitivo si no concurre el supuesto de hecho clínico que la hace necesaria e impostergable. Lo que comporta dos consecuencias. Una competencial, debiendo descartarse intromisiones de profesionales no sanitarios; sólo al facultativo ha de corresponderle la decisión de aplicación y cese de la medida; lo primero incluso provisionalmente puede hacerlo el personal de enfermería dando cuenta al facultativo en el menor tiempo posible. Es decir, el fin -en todo caso- ha de ser “sanitario”¹⁰⁶ y el recurso a tales medidas ha de ser prescrito por sanitarios. La otra consecuencia es de índole temporal, ya que la indicación ha de tener lugar necesariamente en un contexto de urgencia motivado por la presencia de un peligro propio o ajeno. La necesidad en cualquier caso va unida a las nociones de urgencia¹⁰⁷ y peligro¹⁰⁸. Lo urgente justifica precisamente una cierta derogación de principios generalmente aplicables¹⁰⁹.

El nuevo Reglamento Penitenciario de 1996 ha acogido este principio al indicar en el art. 188.3 que el empleo de medios coercitivos “es una medida excepcional, que sólo podrá ser admitida por indicación del facultativo”, aunque como ya hemos dicho circunscriba esta indicación exclusivamente a establecimientos especiales (hospitales y unidades psiquiátricas), distinción que a mi entender carece de razonabilidad alguna, pues en cualquier centro penitenciario ordinario puede darse una indicación terapéutica para el empleo de dichos medios.

4º.- Principio de congruencia. En virtud de él, el tratamiento sanitario ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad pretendida –siempre sanitaria-¹¹⁰, lo que requiere una ponderación de la gravedad del peligro/desorden y el

¹⁰⁶ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: “Notas...”, *op. cit.*, p. 65.

¹⁰⁷ Vid. JESTAZ, Philippe: *L'urgence et les principes classiques du droit civil*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1968, p. 281.

¹⁰⁸ La doctrina penal es la que más a fondo ha estudiado el concepto de peligro. Cfr. ESCRIVÁ GREGORI, J.M.: *La puesta en peligro de bienes jurídicos en Derecho Penal*, Bosch, Barcelona, 1976, pp. 17 y ss. La existencia del peligro constituye en todo caso un juicio de probabilidad; CARRO FERNÁNDEZ-VALMAYOR, José Luis: “Los problemas de la coacción directa y el concepto de orden público”, *Revista Española de Derecho Administrativo*, núm. 15, 1977, p. 622.

¹⁰⁹ De “efecto derogatorio de la urgencia” habla, por ejemplo: VASSEUR, Michel: “Urgence et Droit Civil”, *Revue Trimestrelle de Droit Civil*, 1954, pp. 405 y ss.

¹¹⁰ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios obligatorios...*, *op. cit.*, p. 248.

valor jurídico limitado (libertad)¹¹¹. Además, la congruencia se caracteriza por la eficacia del medio¹¹². En el caso de los medios/medidas coercitivas el medio o medida aplicados se utilizan precisamente porque se considera que son eficaces.

***97 5º.-** Principio de prohibición de exceso. En sede jurídico-administrativa está consagrado el principio de elección del medio de ejecución forzosa menos lesivo de los derechos de los administrados (SSTS 21.11.1974 y 14.2.1977, Az. 765)¹¹³, no en vano este principio es un trasunto del principio de *favor libertatis*. Quiere decirse que, entre diferentes medios o medidas posibles a fin de conseguir un determinado resultado (en este caso la minoración o supresión del peligro de daño propio o ajeno), deberá optarse por el que cause menor daño, origine menos molestias y afecte de la manera menos intensa la libertad. O lo que es lo mismo: han de agotarse los medios “menos incisivos”, menos intensos¹¹⁴, lo cual remite a una discusión nada pacífica entre quienes identifican la fuerza física como paradigma de la violencia y quien consideran que la “camisa de fuerza química” (tratamiento farmacológico) no es de menor entidad.

6º.- Principio de temporalidad. La aplicación de medios coercitivos es una intervención directamente relacionada con la noción de urgencia y la vigencia temporal. Se actúa, ya no sólo porque el peligro de daño es grave para sí, para terceros o incluso para bienes, sino porque la necesidad de la intervención es urgente, es decir, tal peligro de daño es “inminente”. De ahí que la actuación haya de ser “inmediata” y deba estar presidida por los principios de actualidad, provisionalidad, realidad y territorialidad¹¹⁵.

La provisionalidad de la intervención coercitiva es un principio que preside la actuación urgente¹¹⁶, ya que superada la urgencia e instaurado el tratamiento pertinente, las medidas más “agresivas” (aislamiento, contención) deberán ceder el paso a otras medidas menos intensas (medicación forzosa retardada, por ejemplo) que también deben limitarse temporalmente.

El art. 188.3 RP 1996 habla –si bien sólo para los establecimientos o unidades psiquiátricas- de que el empleo de estos medios será exclusivamente por el “tiempo mínimo imprescindible previo al efecto del tratamiento farmacológico que esté indicado”, con lo que –en

¹¹¹ AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *op. cit.*, p. 384.

¹¹² AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *op. cit.*, p. 379.

¹¹³ Cfr. SSTS 21.11.1974 y 14.2.1977, Az. 765.

¹¹⁴ AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *op. cit.*, pp. 382-383.

¹¹⁵ AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *op. cit.*, pp. 329-332.

¹¹⁶ AGIRREAZCUÉNAGA, Iñaki: *op. cit.*, pp. 329-332. Sobre la noción de urgencia en derecho administrativo cfr. CLAVERO ARÉVALO, Manuel Francisco: “Ensayo de una teoría de la urgencia en el Derecho Administrativo”, *Revista de Administración Pública*, núm. 10, Ene.-Abr., 1953, pp. 30-43.

el medio psiquiátrico penitenciario- la aplicación de medios tales como la fuerza física, el aislamiento o la contención mecánica tiene un carácter eminentemente instrumental, de medio para la aplicación del tratamiento farmacológico.

No caben por tanto aislamientos *sine die*¹¹⁷. Como, obviamente, no pueden existir contenciones mecánicas indefinidas o injustificadamente prolongadas.

***98** 7º.- Principio de idoneidad de medios. Los medios materiales y los recursos personales que intervienen en la aplicación de un medio o medida coercitiva en psiquiatría –y en el medio penitenciario cuando concorra etiología psiquiátrica- han de ser los idóneos, lo que remite al plano de la adecuación de los medios y recursos personales y materiales¹¹⁸.

En lo que respecta a recursos humanos dos son los aspectos que han de tenerse en consideración, cualificación profesional (competencia) y concurrencia de efectivos humanos suficientes. En lo primero, la decisión de la aplicación de la medida coercitiva corresponde por lo común al médico. No obstante, nada impide –o nada debiera impedir- la aplicación provisional de la medida por el personal de enfermería, dando cuenta lo más pronto posible al facultativo del paciente o al de guardia, en su caso. De hecho abundan los protocolos que contienen tal previsión. Más extraño es, aunque es una idea sobre la que debiera meditarse, la responsabilidad compartida en la toma de decisiones, o si se quiere el coprotagonismo del personal enfermero y facultativo¹¹⁹. En lo referido a lo segundo, es obvio que el personal ha de ser bastante para acometer las delicadas tareas de que aquí se trata. En particular, y por referirnos a uno de los temas más recurrentes, es una opinión generalizada que, por ejemplo, la contención requiere la presencia de 4-5 empleados en los primeros momentos. En el medio penitenciario ha de considerarse admisible que dichos empleados correspondan, por lo común, al colectivo de vigilancia, siendo aconsejable no obstante la presencia de personal sanitario durante las maniobras de contención. Para la contención y el aislamiento ha de implantarse, lógicamente, un sistema de cuidado/vigilancia permanente con observación directa en pequeños intervalos de tiempo (de 20' a 1 hora viene a ser la pauta más generalizada).

En el plano de las dotaciones materiales parece evidente que las instalaciones en donde se produce el internamiento, el aislamiento o la contención han de reunir unos determinados

¹¹⁷ COBREROS MENDAZONA, Eduardo: *Los tratamientos sanitarios*, op. cit., p. 362.

¹¹⁸ TORRES, P., FERNÁNDEZ-AMELA, R. y ZABALA, M. L.: “Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo”, *Anales de Psiquiatría*, Vol. 18, núm. 8, 2002, pp. 369-374.

¹¹⁹ Cfr. RAMOS BRIEVA, Jesús Antonio: *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*, Masson, Barcelona, 1999.

requisitos de seguridad, eficacia, comodidad,... Por ejemplo, en el caso de aplicación de la medida de aislamiento la habitación ha de disponer de las condiciones materiales necesarias (dimensiones adecuadas, seguridad en el mobiliario y los utensilios, temperatura y luz idóneas,...) ¹²⁰ y de las pertinentes medidas que permitan la observación y cuidado (monitorización en su caso, sistemas de alarma y vigilancia). La habilitación de dependencias específicas en las enfermerías de los establecimientos parece pues obligada. En este punto se ha producido una modificación reglamentaria; mientras el art. 145 RP 1981 preceptuaba que la enfermería de cada establecimiento debía contar con una dependencia destinada a la “observación psiquiátrica”, el vigente Reglamento Penitenciario de 1996 habla sin mayor precisión de “habitaciones destinadas al aislamiento sanitario de los pacientes que lo precisen” (art. 213.1), lo cual parece más bien remitir a la “unidad para enfermos contagiosos” del art. 145.2 RP 1981.

Por lo demás, la contención se llevará a efecto asimismo con las debidas condiciones; es decir, mediante dispositivos homologados, en la posición adecuada,... Es en este punto precisamente en donde me inclino decididamente para que los medios a emplear sean precisamente los “sanitarios”. Bajo ningún concepto debieran emplearse medios coercitivos que, aún previstos por nuestro ordenamiento penitenciario, lo están para situaciones de origen y tratamiento eminentemente regimental. La indicación *99 terapéutica ha de ser apreciada por los facultativos, el tratamiento a instaurar será el por ellos prescrito y los medios a emplear habrán de ser los por ellos determinados. A estos efectos los medios coercitivos regimentales –esposas- han de ceder el paso a los homologados para la sujeción en la práctica psiquiátrica.

8º.- Principio de cuidado. Estamos en presencia de un medio/medida terapéutico, lo que exige el cuidado enfermero y la evaluación facultativa periódica. Y ello con independencia de la vigilancia que, en su caso, se atribuya a los funcionarios a tal efecto designados (312 RP 1981).

Respecto al facultativo, su intervención no debe limitarse a los momentos inicial y final de la medida (instauración y cese) sino que también ha de estar presente durante la aplicación de la misma, mediante periódicas evaluaciones del estado clínico del paciente. Serán los protocolos los que determinen la periodicidad de las mismas, aunque un *mínimum* si debiera garantizarse por vía reglamentaria. Los variados protocolos a los que he tenido acceso –precisamente con motivo

¹²⁰ La dotación mobiliaria y la dimensión de la habitación es asimismo una cuestión a tener en cuenta. Por ejemplo, en la visita girada en 1994 al Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid), la Comisión del Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y los Tratos Inhumanos o Degradantes recomendó dejar fuera de uso una habitación dedicada al aislamiento por ser de dimensiones muy reducidas y no estar dotada de prácticamente ningún mobiliario.

del estudio EUNOMIA- contemplan la actuación profesional del psiquiatra en la primera o primeras (2-3) horas, debiendo revisar su situación cada 12 horas. En otro caso se indica primera revisión tras la medida y luego revisiones a las 4 y 8 horas.

Sobre el personal de enfermería recae el peso más importante de la atención al paciente. El cuidado enfermero presidirá todo el proceso de aplicación del medio/medida. La actuación del personal enfermero en los protocolos más detallados que tengo a la vista¹²¹ se centran en: comprobación de constantes vitales, ayuda en la higiene personal y eliminación, regulación de condiciones de la habitación, cambios posturales, liberación periódica y rotatoria de miembros, vigilancia de posibles erosiones o daños en miembros, ofrecimiento de alimentos y líquidos, contacto verbal. La periodificación de las visitas del personal de enfermería es muy variada, según el protocolo: 10, 15 o 30 minutos.

9º.- Principio de documentación de actuaciones. El empleo de medios coercitivos requiere, en cualquier caso, la documentación de las intervenciones clínicas. Dicha documentación, según el medio empleado y las circunstancias concurrentes podrá o deberá ser previa, coetánea o subsiguiente a la medida. Pero siempre es exigible. Antes la Ley General de Sanidad en su artículo 10.11 y ahora la Ley 41/2002, establecen el derecho a la constancia escrita del proceso asistencial. Esta última lo hace en su art. 15.

La documentación de la intervención clínica aporta indudables ventajas en diversos planos, ya que supone una garantía para el profesional que así tiene constancia de la secuencia de sucesivas intervenciones, es un instrumento de defensa para el paciente y para sus familias y, en fin, coadyuva al buen funcionamiento, pues la eficacia es insoslayable en todo procedimiento institucional (público o privado) y la documentación al fijar materialmente las intervenciones, tiempos, controles,... da constancia de datos que facilitan la eficacia de las terapias aplicadas. Además de lo anterior recuérdese la obligación de dar traslado documental de la prescripción médica de la medida *100 en los establecimientos y unidades psiquiátricas a la autoridad judicial (188.3 RP 1996), previsión que entiendo ha de extenderse a todos los supuestos en los que en cualquier tipo de establecimiento el empleo de medios coercitivos sea por indicación médica.

¹²¹ Los citados del Estudio EUNOMIA y las obras de DÍAZ, R. J. y HIDALGO, M.I.: *Guía de actuación en la clínica psiquiátrica*, You & Us, Madrid, 1999, RAMOS BRIEVA, J.A.: *Contención mecánica*, op. cit. y GASCÓN BARRACHINA, Josep, ROJO RODES, José, SALAZAR SOLER, Albert y TOMÁS VECINA, Santiago: *Manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado*, Master Line & Prodigio S.L.-Pfizer, Madrid, 2004.

10º.- Principio de fiscalización. El empleo de medios coercitivos, desde el mismo pone que limita derechos y libertades fundamentales, ha de estar sometido a una rigurosa fiscalización, la cual lógicamente recaerá sobre el Fiscal y el Juez de Vigilancia Penitenciaria. En este sentido la previsión que contiene el art. 188.3 RP 1996, de puesta en conocimiento de la Autoridad judicial “de la que dependa el paciente” (entiendo que ha de interpretarse como el Juez de Vigilancia Penitenciaria) la aplicación de estos medios debiera hacerse extensible a todo tipo de establecimientos, y no solamente a las unidades y establecimientos psiquiátricos penitenciarios, a los que tiene expresamente por destinataria la citada norma.

El control jurisdiccional del empleo de medios coercitivos por razones sanitarias está residenciado en los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo en general (art. 8.5 segundo inciso de la Ley de Jurisdicción Contencioso-Administrativa) y a los Juzgados de Primera Instancia cuando se trata del internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico (y por actuaciones subsiguientes a dicho internamiento que se produzcan en el seno del establecimiento hospitalario). El Juez “natural” de garantías del recluso es el de Vigilancia Penitenciaria. En consecuencia, entiendo que ha de ser precisamente el titular de dicho órgano quien ostente competencias en este ámbito. De hecho, ya las ostenta cuando del empleo de medios coercitivos regimentales se trata (art. 72.3 RP 1996); sería cuestión de explicitarlas cuando el origen de la coerción es sanitario. Probablemente no fuera precisa una reforma legal, en lo que a determinación de la competencia jurisdiccional se refiere, ya que en uno y en otro caso el Juez de Vigilancia Penitenciaria tiene por cometido “salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse”¹²².

Además de la autoridad judicial y del Ministerio Público, como he indicado en algún lugar de este artículo, el control externo corre a cargo de otras instituciones nacionales (Defensor

¹²² Creo que la mención al “régimen penitenciario” es -en este caso- omnicompreensiva de la normativa y práctica penitenciaria –incluida la sanitario-penitenciaria-. Además, como señala la STC 129/1995, de 11 de septiembre (FJ 8º): “los Tribunales controlan ‘la legalidad de la actuación administrativa’ (art. 106,1 CE). Con la particularidad de que el legislador, dentro del ámbito de su libre configuración, no ha confiado dicho control ni a órganos administrativos especializados ni a los Tribunales de la jurisdicción contencioso-administrativa, sino a ‘órganos judiciales especializados’ (STC 2/87 y 74/85), los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, pertenecientes al orden jurisdiccional penal (art. 94,1 LOPJ)”. Y concluye: “En suma, el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria ejerce funciones de control de la legalidad de los actos de la Administración en materia de régimen penitenciario. Y el legislador puede disponer, sin que ello menoscabe el derecho a la tutela judicial efectiva de dicho poder público, que esa actuación de la Administración sea controlada por dichos órganos judiciales”.

del Pueblo¹²³) o internacionales (Comité Prevención de la Tortura, CPT o Comisario Europeo de Derechos Humanos).

Con independencia de lo anterior, es recomendable que la propia Administración Penitenciaria instaure mecanismos de control internos; y no me estoy refiriendo tanto a la inspección penitenciaria como a la aprobación de protocolos de actuación.

¹²³ Los posicionamientos del Defensor del Pueblo en materia penitenciaria creo que merecen una específica consideración que en algún momento pienso abordar.