

Medios coercitivos en la práctica penitenciaria

Luis Fernando Barrios Flores

Doctor en Derecho

Profesor de Derecho Administrativo y de los Estudios de Criminología de la Universidad de Alicante.

Asesor legal del Estudio EUNOMIA-España

Ponencia presentada al VII Encuentro estatal de Derecho Penitenciario: “Salud y prisión”, Córdoba 25.11.2005

SUMARIO

I. Fundamento regimental: 1.- Introducción. 2.- Medios coercitivos regimentales: concepto y supuestos de empleo. 3.- Clases de medios/medidas coercitivos. 4.- Competencia para su uso y control judicial. 5.- Principios reguladores. 6.- Sanidad penitenciaria y medios/medidas coercitivos. II. Fundamento terapéutico: 1.- El fundamento terapéutico en el empleo de medios coercitivos. 2.- Panorama normativo español. 3.- El Estudio EUNOMIA. 4.- Propuesta de principios reguladores. Bibliografía.

I. Fundamental regimental:

1.- Introducción.

En la práctica penitenciaria no ha sido ni es inusual el empleo de medios coercitivos. Estos, bien es sabido, se aplican o por motivos regimentales (intento de evasión, violencia frente a terceros, resistencia a órdenes del personal penitenciario) o por razones terapéuticas (intentos autolíticos en sus diferentes manifestaciones).

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 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, creo pertinente algunas precisiones conceptuales. En primer lugar, la coerción puede entenderse como actuación preventiva, pero también como castigo. No en vano la etimología del término justifica una y otra noción. *Coercitio* es represión o sujeción, pero también castigo o pena; *coerceo* es encerrar, contener o mantener dentro de unos límites, pero también corregir una conducta. En mi indagación descarto las segundas significaciones, para centrar mi atención en las primeras. Fijo por ello mi atención en la coerción entendida como “determinación por un individuo de los rasgos esenciales de la conducta de otro” (Hayek, 1960). O extensivamente, a la vista del terreno en el que nos moveremos, a la determinación por los responsables de la “institución total” penitenciaria (Goffman, 1987) del ámbito de actuación de los reclusos vinculados a ella a través de una relación de sujeción especial (Gallego, 1961).

En segundo lugar, no existe un consenso doctrinal respecto a la terminología a emplear. Algún sector doctrinal utiliza el término “medidas” (Polaino, 1986; Delgado, 1992; González, 1994), mientras que otros autores se inclinan por el término “medios”, básicamente por ser este el utilizado en la LOGP y en el Reglamento Penitenciario (Téllez, 1998). Incluso no faltan quienes imbrican ambos términos, y consideran que los “medios” coercitivos son “medidas de fuerza” (Fernández, 2001). 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) (Diccionario R.A.E., 2001). 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” (tal como las defensas, aerosoles o esposas) (Grijalba, 1986). Con todo, 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 dos grupos de medios/medidas; por otro, resaltar la relevancia que tal distinción tiene desde la perspectiva sanitario-penitenciaria.

2.- Medios coercitivos regimentales: concepto y supuestos de empleo.

Como principio general, en el sistema penitenciario existe una prohibición general de malos tratos (Bueno, 1986). 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 armas (Agirreazcuénaga, 1990). Aunque “la coerción implica la amenaza de maltratar, con el fin de determinar por ese medio una cierta conducta” (Hayek, 1960), está incuestionablemente 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 y 39 de las Reglas Mínimas de Tratamiento del recluso de la ONU y del Consejo de Europa, respectivamente (RM, 1955 y RPE, 1987). Y así lo comparte la doctrina (Asencio, 1989; Delgado, 1992 y Téllez, 1998), que considera que este tipo de medios no tiene un “sentido aflictivo” (Valero, 1988).

Grijalba da el siguiente concepto de “medios coercitivos”: “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”. Del análisis de tal definición Grijalba extrae las siguientes notas (Grijalba, 1986):

- Acción y elemento. Acción sería el empleo de la fuerza personal. Elementos el resto de medios enunciados. Caben combinaciones.
- La acción ha de ser conveniente y los elementos necesarios. La utilización de estos medios ha de ser buena y útil para algo o alguien.
- Para contener o reprimir, ya que pueden utilizarse de modo preventivo (para contener) o represivo (para reprimir, impidiendo que tal actuación reprimida se perpetúe en el tiempo).
- Determinadas actuaciones de los internos. Las establecidas en el art. 45 LOGP.
- Gravedad de las actuaciones, es decir, que desborden los medios ordinarios de actuación penitenciaria. Gravedad que 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 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 lleva implícito un contenido sancionador, no supone, necesariamente, que se les niegue una naturaleza disciplinaria. Es decir, hay quien afirma que aún siendo medidas de naturaleza disciplinaria no tienen carácter sancionador (Tamarit y otros, 1996) 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.

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. Más problemática ha sido, sin embargo, la interpretación del apartado c) del citado art. 45.1 LOGP. Mapelli aboga por emplear como criterio la presunción de hallarnos ante una conducta delictiva, 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” (Mapelli, 1983). En otro caso, la vía a utilizar sería la disciplinaria. Sin embargo no le falta razón a Grijalba cuando considera que existen supuestos en los que el interno no incurre en ilícito penal y en que, sin embargo, el funcionario está legitimado para el empleo de medios coercitivos (así intentos de autolesión o suicidio) (Grijalba, 1986). Menos restrictiva es la opinión de otros autores, para quienes el medio coercitivo cabe cuando ante la desobediencia del recluso de no ejecutarse dicho medio supondría un fundado peligro o un grave menoscabo de la autoridad (Valero, 1988) o cuando estamos ante órdenes que, de no ser inmediatamente ejecutadas, se produciría una alteración de la normal convivencia del Centro Penitenciario (Téllez, 1998). Lo cierto es que la resistencia es un concepto tan borroso en su definición como subjetivo en su delimitación. 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 se considera inadecuado el empleo de medios coercitivos en un caso en el que tras ingerir el recluso un objeto que ocultaba parece improcedente el aislamiento provisional pues “ya no existe resistencia que vencer”.

3.- Clases de medios/medidas coercitivos.

En el derecho penitenciario español el art. 45.1 LOGP afirma taxativamente que “sólo podrán utilizarse... aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente”. El 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 duda (Téllez, 1998). 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 Mínimas para el Tratamiento del Recluso que remite a la “administración central penitenciaria” la determinación del “modelo y los métodos de empleo autorizados de los medios de coerción”. E incluso a lo preceptuado en la norma 40 de la Recomendación N° R (87) 3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa que por su parte remite a la “ley o a los reglamentos en vigor” la determinación de tales medios y de las condiciones de su uso.

En cuanto a lo segundo, la doctrina mayoritaria se inclina por considerar que existe un *numerus clausus*, lo que se justifica por razones de seguridad jurídica (Grijalba, 1986; Delgado, 1988; Fernández, 2001). Pero frente a quienes interpretan que la dicción del art. 45.1 LOGP es expresiva del carácter de *numerus clausus* del elenco de medidas admisibles, Mapelli Caffarena entiende 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” (Mapelli, 1983). 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 reglamentariamente previstos, requeriría la pertinente modificación reglamentaria. Sobre este punto Téllez refiere como 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 agresivos (Téllez, 1998).

Entrando en los concretos medios coercitivos (Téllez, 1998):

1.- El aislamiento provisional 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 finalidad y principios “propios e intransferibles”. 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 recuperar la droga (AJVP Puerto de Santa María, 14.2.1995). Pues 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”. Esta medida es

incompatible con un régimen de comunicaciones “por su propia naturaleza” (AJVP Valladolid, 9.2.1999).

2.- En lo referido a los aerosoles, debido a 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 estableció las características técnicas y las instrucciones de uso y primeros auxilios.

3.- En lo relativo a las esposas, se plantea la problemática de su 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 solo podrá hacerse uso de las esposas “cuando su conducta [la del interno en concreto], así lo justifique” (AJVP Oviedo, 20.10.1993). Otras resoluciones, por el contrario, admiten el uso de esposas intra-muros 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 razón de lo cual 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 cerrado (Ríos, 1998).

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 correductores 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 recuerda (Téllez, 1998). Comparto plenamente la crítica del citado jurista en el sentido de que la DGIP parece desconocer lo altamente perjudicial que puede ser el uso de esposas en relación a la considerablemente mayor inocuidad de correas o camisas, usadas en el ámbito sanitario. Con todo, en la actualidad me consta el uso de correas de sujeción en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Es más, 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, en relación

al empleo de fijaciones psiquiátricas y no esposas en base al siguiente razonamiento: “Es 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 este JVP 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 no siempre es legítimo. Así, por ejemplo, no lo es en un supuesto en que se manifiesta la agresividad 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).

A pesar de la regulación del 45 LOGP, lo cierto es que existe una falta de concreción de los mismos, lo que comporta que en la práctica pueda existir una discrecionalidad absoluta (Fernández, 2001).

4.- Competencia para su uso y control judicial.

El inspirador de la LOGP, Carlos García Valdés, consideró que, en base al art. 45 LOGP, la competencia para la utilización de los medios coercitivos corresponde “exclusivamente” al Director, titular o accidental, y en casos de urgencia al Jefe de Servicios y funcionarios de servicio interior (García, 1982). Esta distinción entre los supuestos normales (previa autorización del director) y los urgentes (con autorización previa del Jefe de Servicio o sin autorización previa) es reconocida pacíficamente por la doctrina (Téllez, 1998).

En supuestos normales la competencia para autorizar el empleo de medios coercitivos recae en el Director del Establecimiento (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 el empleo de estos medios, por lo que tras proceder coercitivamente “se comunicará inmediatamente al Director “ (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” (art. 283 RP 1996 y 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).

Y quien dice Jefe de Servicios, dice sin más funcionarios, pues obviamente cuando no está presente o no es posible recibir instrucciones del citado 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 consagrado 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 reticente a la posibilidad de admitir que “cualquier funcionario pudiera autorizarlo” (el empleo de medios coercitivos) se mostraban anteriormente otros (Grijalba, 1986), aunque hoy, como queda dicho es incuestionable la existencia de cobertura normativa.

El tenor de 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 Ley Orgánica, 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 Catalunya* propuso que a lo anterior se añadiera “... y del 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 Valdés (García, 1982), 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 recurso a estos medios. No en vano este conjunto de medidas dañan “como ninguna otra los derechos de los reclusos” (Mapelli, 1983), razón por la cual los afectados han de estar amparados por los derechos de petición, queja y recurso (García, 1980).

Como señala la STC 129/1995, de 11 de septiembre, 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). 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 deberá remitir a tales efectos 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 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 coercitivo (Fernández, 1995).

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 posible (Téllez, 1998; Fernández, 2001). Es decir, 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 JVP estimare improcedente su empleo, cabría apercebir a la Dirección del Centro para que no repita tal tipo de actuación, con remisión del testimonio a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Tamarit, 1996).

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 será 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 supuestos (Téllez, 1998). 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 JVP el empleo de estos medios (Grijalba, 1986).

Por otro lado la comunicación al Juez ha de ser inmediata. Algún pronunciamiento habla de “un plazo nunca superior a 24 horas” (AJVP Málaga, 23.1.1992).

5.- Principios reguladores.

En lo relativo a las condiciones de empleo de los medios coercitivos la doctrina ha venido indicando varios principios reguladores (Téllez, 1998; Bueno, 1997) y la teleología admisible (Valero, 1988), dejando sentado que constituyen la *ultima ratio* (Grijalba, 1986). También ha analizado el ámbito subjetivo de aplicación (Tamarit y otros, 1996; Fernández, 2001).

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

Personalmente entiendo que en esta materia son de aplicación los principios que abordaré con mayor amplitud en la siguiente entrega, al tratar el fundamento terapéutico. En concreto:

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).

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 Reglas Mínimas y 40 Reglas Penitenciarias Europeas).

3.- El de necesidad, por el que solo 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 Reglas Mínimas y 39 Reglas Penitenciarias Europeas). El recurso a los mismos solo 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 seguridad.

5.- El de prohibición de exceso, por el que ha de utilizarse el medio menos lesivo de los disponibles (71.1 RP 1996).

6.- El de temporalidad, debiendo limitarse su uso al tiempo estrictamente necesario (45.3 LGOP y 72.1 RP 1996; 34 Reglas Mínimas y 40 Reglas Penitenciarias Europeas).

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 Reglas Mínimas y 40 Reglas Penitenciarias Europeas). 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.

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 Reglas Mínimas y 39.c Reglas Penitenciarias Europeas).

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), que además ha de completarse con la documentación sanitaria antes aludida.

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).

6.- Sanidad penitenciaria y medios/medidas coercitivos.

En fin, es pertinente abordar la actuación sanitaria ante el supuesto de empleo de medios coercitivos, en este momento solo respecto a aquellas ocasiones en que la indicación es regimental y no terapéutica, pues esto último será objeto de atención en la siguiente entrega. Esta actuación tiene las siguientes dimensiones:

Por un parte, la normativa internacional consagra un control, un filtro, para deslindar los supuestos inequívocamente regimentales de aquellos otros que tienen un matiz terapéutico. Por eso precisamente la norma 33 de las Reglas Mínimas del Tratamiento del Recluso de la ONU establece que en el caso de que 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, el director deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior”. En el mismo sentido se expresa la norma 39.b de las Reglas Penitenciarias Europeas. Nuestro ordenamiento jurídico aborda esta cuestión de forma algo confusa. En el art. 72.2 RP 1996 tras citar la exclusión del empleo de medios coercitivos en determinados colectivos de reclusas y de enfermos convalecientes graves se 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 cabría 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).

Razones sanitarias exceptúan el empleo de los medios coercitivos en los siguientes casos: a) internas mencionadas en el art. 254.3, es decir a las mujeres gestantes y a las mujeres hasta seis meses después de la terminación del embarazo, a las madres lactantes y a las que tuvieran hijos consigo; es decir se extiende a este colectivo de mujeres la prohibición que aquel precepto consagra respecto a la imposición de la sanción de aislamiento; b) enfermos convalecientes de enfermedad grave. Con todo podría utilizarse tales medios/medidas “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 eventualmente tener lugar tras el empleo de medios coercitivos. La posible originación de lesiones en reclusos o en el personal penitenciario así lo requiere en tales casos. 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 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,..., a los funcionarios” (288.2ª RP 1981) y los A.T.S. a quienes 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). Naturalmente 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” (390.4º 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.

En el caso concreto del aislamiento provisional, como ya quedó dicho requiere la intervención facultativa. Bien entendido que 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. Ahora bien este es obligado por obvias razones. El reconocimiento médico 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 debe competir 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 a las que está obligado. 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 último concurriera, 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 ciencia médica (tratamiento forzoso, aislamiento terapéutico, sujeción mecánica). De ello daré cuenta en el siguiente artículo.

II. Fundamento terapéutico¹.

1.- El fundamento terapéutico en el empleo de medios coercitivos.

En el ordenamiento penitenciario español no existe una expresa invocación de razones médicas para el empleo de medios coercitivos. 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 de las Reglas Mínimas de Tratamiento del Recluso que directamente señalan las “razones médicas y a indicación del médico” (Reglas Mínimas, 1955); o de la norma 39.b) de las Reglas Penitenciarias Europeas que se manifiesta en el mismo sentido (Recomendación, 1987).

A pesar de esta carencia regulativa, es incuestionable que en el medio penitenciario existe una importante probabilidad de que se produzcan manifestaciones heteroagresivas y autoagresivas de etiología psiquiátrica (Barrios, 2001 a, 2002 a y 2002 c). Toda privación de libertad puede generar trastornos o agudizar los ya existentes (Barrios 2002 b y 2003 a), desembocando en situaciones que ponen en peligro personas o bienes ajenos o la propia integridad psicofísica.

La Ley Orgánica General Penitenciaria 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 nuevo Reglamento Penitenciario de 1996 “corrigiera” tal carencia, aunque se hizo algún avance (fijando la “indicación médica” en establecimientos y unidades psiquiátrico penitenciarias, 188.3 RP 1996). Es incuestionable que el “fundamento terapéutico” existe, de lo que hay sobradas razones.

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, introduce elementos distorsionadores.

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 dicha

¹ Este apartado ha sido publicado en la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 8-17.

Administración 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 Reglamento Penitenciario de 1996 al garantizar a todos los internos “sin excepción” una “atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” (art. 208 RP 1996). Este elemento homologador es un considerable y plausible esfuerzo que merece ser destacado.

En cuarto lugar, ha de tenerse asimismo presente que también el nuevo RP aporta unos interesantes 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 evidente para la salud o la vida de terceras personas. Con ello se traslada al campo penitenciario principios y reglas ya obrantes en nuestra legislación general (por aquel entonces 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 ni el contenido del fallo condenatorio, ni el sentido de la pena, ni la ley penitenciaria establecen en ningún momento la inaplicación de la normativa sanitaria general en lo que aquí concierne.

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), no ha habido especial atención a 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*, 494 U.S. 210, 221-222 (1990), relativa al derecho de los reclusos a rechazar un tratamiento psicotrópico forzoso].

Esta desatención del legislador y de la doctrina española sobre el tema no es privativa del medio penitenciario. Como ya tuve ocasión de señalar (Barrios, 2003 b) en el medio no penitenciario, es decir en las instituciones psiquiátricas ordinarias, también concurre tal ausencia. 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. Así, en los Reales Decretos de 12 y 19 de mayo de 1885 (la primera normativa psiquiátrica propiamente dicha) existe una breve mención al 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).

En la actualidad la regulación sobre 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 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad primero, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la actualidad) 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); en el particular caso catalán este precepto tiene su homólogo en el art. 255 del Código de Familia de Cataluña. Dejo de lado, por no ser este el lugar ni el objetivo propuesto, la cuestión del internamiento psiquiátrico civil.

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 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual en su art. 10.6 reconoce al paciente el derecho a la libre elección entre las distintas opciones terapéuticas, exigiéndose su previo consentimiento salvo en los casos en que no se encuentre capacitado para tomar decisiones (apartado b) o en que la urgencia no permita demoras (apartado c). 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).

Recientemente ha sido aprobada la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 15 noviembre), que entró en vigor el 15 de mayo de 2003, y que deroga buena parte de la regulación de la LGS sobre derechos de los pacientes (en lo que aquí interesa deroga el art. 10.6 LGS). A nuestros efectos, los preceptos que inciden en materia de empleo de medios coercitivos son los siguientes:

- El art. 2.2 instauro el principio general de previo consentimiento de los pacientes o usuarios, aspecto que será desarrollado 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 sanitarias (Simon, 2000) 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 española (Cobrerros, 1988 a; Bajo, 1985; Bueno, 1991; Gómez, 1997).
- 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.

Paralelamente, a nivel autonómico, algunas legislaciones han abordado la cuestión de la autonomía del paciente. 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 pacientes 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).

En resumidas cuentas, el panorama normativo en el ámbito general se reduce a una regulación de los internamientos psiquiátricos civil (763 LECrim) 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.- El Estudio EUNOMIA

Las instituciones europeas vienen mostrando en los últimos tiempos un especial interés acerca de las cuestiones psiquiátrico legales. En el estado de cosas descrito, en el que a la insuficiente -por escasa- normativa del internamiento psiquiátrico civil se une la inexistente regulación de medios/medidas restrictivas de la libertad personal *durante* el internamiento, es en el que se enmarca el Estudio EUNOMIA. Este Proyecto se incardina 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.



El Estudio EUNOMIA tiene por Coordinador General a Thomas Wilhelm Kallert (Psiquiatra) y por Investigador Principal en España al Prof. Francisco Torres González (Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Granada). Forman el Comité Asesor: la experta en Psiquiatría Legal y Penitenciaria D^a Ángeles López López, y los profesores Claudio Hernández Cueto (Medicina Legal), José Hervás (Ética Médica) y Luis Fernando Barrios Flores (Derecho Administrativo). Y actúa como Secretaria del Comité Pilar Nonay Calvente.

En síntesis, el Proyecto EUNOMIA, pretende analizar la realidad práctica 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 pautas de intervención, aplicación y control de aquellos medios y medidas de la forma más plausible.

En EUNOMIA se parte del análisis de cuatro intervenciones coercitivas en el campo de la psiquiatría. Todas ellas en el marco hospitalario. Por tanto, quedan en principio fuera del proyecto de estudio aquellas otras medidas que aunque incidan en la restricción de la libertad y, en consecuencia sean coercitivas, tengan lugar en un estadio previo al ingreso hospitalario (tal sería el caso de la reducción y traslado de pacientes a los establecimientos sanitarios, por ej.). Son, por tanto, objeto de estudio los siguientes medios y medidas de intervención terapéutica:

- El internamiento involuntario o forzoso (*involuntary admission*), entendiéndose por tal aquella modalidad de internamiento que se justifica en base a la peligrosidad del paciente hacia sí o hacia terceros o bien por necesidades de tratamiento. La nomenclatura variará según los países en donde se llevará a cabo el estudio, como será distinto el grado de intensidad en la regulación de esta forma de privación de libertad como, en fin, serán diferentes los criterios y causas justificadoras de la decisión de internar.
- El 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 entorno.
- 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*.
- El tratamiento médico forzoso (*forced medication* o *compulsory medical treatment*), entendiéndose por tal la implantación de terapias sin contar con la voluntad personal del paciente.

El campo geográfico de estudio se extiende a 12 países: seis de la actual Unión Europea (Alemania, Italia, Reino Unido, Grecia, España y Suecia), otros 5 actualmente no comunitarios aunque en fase de integración (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 efectuará un

trabajo de campo analizando diversas intervenciones terapéuticas en dos grupos de pacientes (uno de ingresados voluntarios y otro de involuntarios); todo ello en un centro de estudio (en el caso de España en dos, el Hospital Clínico San Cecilio de Granada y el Carlos Haya de Málaga). Y de cada país se analizarán las normativas y prácticas relacionadas con el empleo de medios y medidas coercitivas en el medio psiquiátrico hospitalario.



Son objetivos del Proyecto EUNOMIA la recogida de datos sobre empleo de medios y medidas coercitivas -recogida que abarca la descripción de las medidas empleadas y la opinión 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. Todo ello se hará a lo largo de 36 meses: 9 de fase preparatoria destinada a formular la metodología aplicable, a establecer un sistema homogéneo de documentación y a entrenar a los investigadores del campo clínico en el manejo de los instrumentos aprobados; 21 de recogida de datos clínica y 6 meses para el análisis y difusión de los resultados. A lo largo de este tiempo, como ha quedado dicho, la recogida jurídica de datos (normativa, doctrina legal e incluso documentos internos de actuación -protocolos-) completará el estudio. De este modo al final nos encontraremos ante un mapa clínico y jurídico que permita hacer las correspondientes propuestas: *de lege ferenda* en el campo legislativo y *de praxis ferenda* en el área clínica.

Si para todos los países participantes en el Proyecto EUNOMIA los resultados serán sin duda de interés e, incluso para los no participantes -desde el momento que el elevado número de aquellos convierte el capítulo de conclusiones y recomendaciones en texto de referencia- no digamos la repercusión que debiera tener en España. Y ello por una razón obvia. Como antes se vio, la regulación de las medidas coercitivas psiquiátricas es o bien escasa (caso de los internamientos) o es simplemente inexistente (en el supuesto del resto de las medidas y medios de intervención referidos). El grado de desarrollo legislativo en el resto de países objeto del estudio EUNOMIA es variable y en ocasiones superior al nuestro en esta materia.

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.

4.- Propuesta de principios reguladores.

Considero que cualquier futura regulación del uso de medios coercitivos en la práctica psiquiátrica penitenciaria ha de acomodarse al siguiente decálogo (Barrios 2003 c).

1º.- Principio de respeto a la dignidad personal. En la dignidad se condensan los criterios axiológicos que sustentan el orden constitucional (Parejo, 1983), 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 español (González, 1986). Bien entendido que 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” (Rodríguez, 1994).

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), se concreta con una especial cautela 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). Y esta especial atención es perceptible tanto en el plano sanitario general (Cobrerros, 1988 a; Borrajo, 1984), 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). Y concretamente en lo que a empleo de medios coercitivos se refiere el 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 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 ley (Beltrán, 1983; Fernández, 1984). 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 responder a ese principio de que los deberes sanitarios han de tener fundamento en una ley formal” (Borrajo, 1984).

Es más, comoquiera que aquí se trata de derechos y libertades, precisamente *fundamentales* tal norma legal, en el caso español, remite a la regulación por medio de ley orgánica, 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 con categoría de 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* (Cobrerros, 1988 b).

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 para 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, 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.

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; solo 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. Otra 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.

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.

4°.- Principio de congruencia. Con ello se indica que el tratamiento sanitario ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad pretendida –siempre sanitaria- (Cobrerros, 1988 a), lo que requiere una ponderación de la gravedad del peligro/desorden y el valor jurídico limitado (libertad) (Agirreazcuénaga, 1990).

5°.- 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), no en vano este principio es un trasunto del principio de *favor libertatis*. De lo que se infiere 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 intensos, lo cual –no se me oculta- 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.

6°.- Principio de temporalidad. La actuación que comporta la aplicación de medios coercitivos es una intervención directamente relacionada con la noción de urgencia y la vigencia temporal. Se actúa, ya no solo 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 territorialidad (Agirreazcuénaga, 1990).

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

7°.- 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 concurra etiología psiquiátrica- han de ser los idóneos, lo que remite al plano de la adecuación de los medios y recursos personales y materiales (Torres, Fernández-Amela y Zabala, 2002).

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. O dicho de otro modo, los aspectos cualitativo y cuantitativo, respectivamente. 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 meditar, la responsabilidad compartida en la toma de decisiones, o si se quiere el coprotagonismo del personal enfermero y facultativo (Ramos, 1999). 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 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,...) 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 pertinente. 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 (RP), lo están para situaciones de origen y tratamiento eminentemente regimental. La indicación terapéutica ha de ser apreciada por los facultativos, el tratamiento a instaurar será el prescrito y los medios a emplear habrán de ser los

por ellos determinados. A estos efectos los medios coercitivos regimentales –esposas– han de ser el paso a los homologados de sujeción psiquiátrica. Me remito en este sentido a las consideradas efectuadas en la primera parte de este trabajo.

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 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 vista (Díaz e Hidalgo, 1999; Ramos, 1999) se centra 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, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establecen el derecho a la constancia escrita del proceso asistencial. Esta última lo hace en su art. 15.

La documentación de la intervención clínica comporta indudables ventajas en diversos planos, ya que comporta 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 en los establecimientos y unidades psiquiátricas (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.

10°.- 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 JVP) de 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.

Todo ello sin perjuicio de los eventuales controles internos que la propia Administración Penitenciaria debiera instaurar (y la aprobación de protocolos de actuación deviene en este sentido inevitable) o externos a cabo de instituciones nacionales (Defensor del Pueblo) o internacionales (Comité Prevención de la Tortura, CPT).

Bibliografía

Agirreazcuénaga I (1990). La coacción administrativa directa. Madrid: Instituto Vasco de Administración Pública-Civitas.

Asencio H (1989). Régimen disciplinario y procedimiento sancionador. Revista de Estudios Penitenciarios. Extra 1.

Bajo M (1985). Agresión médica y consentimiento del paciente. Cuadernos de Política Criminal; 25.

Barrios L F (2001 a). El suicidio en Instituciones Penitenciarias. I. Responsabilidad institucional. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 3 (3): 118-127.

Barrios L F (2001 b). Responsabilidad por suicidio como consecuencia del tratamiento antidepressivo (El caso Tobin v. Smithkline Beecham). La Ley. 5434: 1-9.

Barrios L F (2001 c). Perspectiva jurídica de la relación entre farmacoterapia antidepressiva y suicidio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 80 (XXI): 37-54.

Barrios L F (2002 a). El suicidio en Instituciones Penitenciarias. II. Responsabilidad profesional. Revista Española de Sanidad Penitenciaria . 1 (4): 31-38.

Barrios L F (2002 b). Policía y urgencia psiquiátrica. II. La responsabilidad por suicidio. Servicios de la Policía Municipal. 48: 9-16.

Barrios L F (2002 c). La responsabilidad administrativa por suicidio en la Institución Penitenciaria. Revista de Estudios Penitenciarios. 249: 89-134.

Barrios L F (2002 d). Responsabilidades del fabricante de medicamentos. Legislación comparada. Farmacia Profesional. 1 (16): 24-31.

Barrios L F (2003 a). Urgencias psiquiátricas: marco jurídico de la actuación policial. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Newsletter. Edición V (jun.-jul. 2003). En la URL: <http://www.psiquiatrialegal.org>.

Barrios L F (2003 b). Coerción en psiquiatría. Anales de Psiquiatría. 2 (19): 55-63.

Barrios L F (2003 c). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. Derecho y Salud. 2 (11): 141-163.

Barrios L F y López A (2002). Asistencia psiquiátrica durante la prisión preventiva (el caso Ruiz de Santamaría. La Ley. 5459: 1-6.

Beltrán J L (1983). La incidencia de la actividad administrativa sanitaria en los derechos y libertades fundamentales de las personas. Revista Vasca de Administración Pública; 6.

Borrajo E (1984). Protección de la salud, Comentario al art. 43 CE. En Alzaga O (Dir). Comentarios a las Leyes Políticas. La Constitución Española de 1978. Madrid: Edersa; IV.

Berdugo I y Zúñiga L (Coords) (2001). Manual de Derecho Penitenciario. Madrid: Universidad Salamanca-Colex; 254-259.

Bueno F (1978). Notas sobre la Ley General Penitenciaria. Revista de Estudios Penitenciarios 220-223.

Bueno F (1986). Prohibición general de malos tratos. En: Comentarios a la legislación penal. Madrid: Edersa; VI-1: 133-142.

Bueno F (1991). El rechazo al tratamiento en el ámbito penitenciario. Actualidad Penal; 31.

Bueno F (1997). Régimen disciplinario penitenciario. En: I Curso Monográfico para Jueces de Vigilancia Penitenciaria. Madrid 13-16 noviembre 1995. Zaragoza: Consejo General del Poder Judicial.

Cobrerros E (1988 a). Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español). Oñati: HAEE-IVAP: 293 ss.

Cobrerros E (1988 b). Notas acerca de los requisitos jurídicos de un eventual tratamiento sanitario obligatorio (A propósito de los enfermos del SIDA). Revista Española de Derecho Administrativo; 57.

Díaz R J e Hidalgo M I (1999). Guía de actuación en la clínica psiquiátrica. Madrid: You & Us.

Delgado L M (1992). Las medidas coercitivas (artículo 45 LOGP). En: Ministerio Fiscal y sistema penitenciario. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia.

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2001), 21ª edición. Disponible en al URL: <http://www.rae.es>.

Fernández J M (1984). El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional. Madrid: Civitas.

Fernández J (2001). Los medios coercitivos. En: Berdugo I y Zúñiga L: Manual de Derecho Penitenciario. Madrid: Universidad Salamanca-Colex.

Gallego A (1961). Las relaciones especiales de sujeción y el principio de la legalidad de la Administración. *Revista de Administración Pública*. 34: 11-51.

García C (1980). *Comentarios a la Ley General Penitenciaria*. Madrid.

García C (1981). *La reforma penitenciaria española (Textos y materiales de estudio)*. Madrid: Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid.

García C (1982). *Comentarios a la legislación penitenciaria española*. Madrid: Civitas.

García J (1995). *El derecho a la libertad personal (Detención, privación y restricción de libertad)*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Goffman E (1987). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu-Murguía.

Gómez P (1997). *Tratamiento médicos: su responsabilidad penal y civil*. Barcelona: Bosch.

González J (1983). *La dignidad de la persona*. Madrid: Civitas.

González M I (1994). *La ejecución de la pena privativa de libertad*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Grijalba J C (1986). Los medios coercitivos en los establecimientos penitenciarios. *La Ley*. 1489 (III): 824-829.

Hayek F A (1960). *The Constitution of Liberty*. Chicago: University of Chicago Press.

Mapelli B (1983). *Principios Fundamentales del Sistema Penitenciario Español*. Barcelona: Bosch.

Parejo L (1983). *Estado social y Administración Pública*. Madrid: Civitas.

Polaino M (1986). Las medidas coercitivas de la disciplina penitenciaria. En: *Comentarios a la legislación penal. Ley Orgánica General Penitenciaria*. Madrid: Edersa.

Ramos J A (1999). *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona: Masson, Barcelona.

Recomendación N° R (87) 3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, sobre Reglas Penitenciarias Europeas (Adoptada por el Comité de Ministros de 12 de febrero de 1987 en la 404ª reunión de Delegados de los Ministros) (RPE).

Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (RM). Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 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.

Ríos J C (1998). Manual de Ejecución Penitenciaria. Defenderse en la cárcel. Madrid: Colex.

Rodríguez J P (1994). El proceso de constitucionalización de una exigencia ética fundamental: el derecho a la intimidad. Derechos y libertades; 3.

Simon P. (2000). El consentimiento informado. Madrid: Triacastela.

Tamarit J M, Sapena F y García R (1996). Curso de Derecho Penitenciario. Adaptado al Nuevo Reglamento Penitenciario de 1996. Barcelona: Cedecs.

Téllez A (1998). Seguridad y disciplina penitenciaria. Madrid: Edisofer.

Torres P, Fernández-Amela R y Zabala M L (2002). Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. Anales de Psiquiatría 8 (18): 369-374.

Valero R (1988). El uso de medios coercitivos en el ámbito penitenciario. Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 1988. Madrid: 359ss.

Correspondencia

Apartado de Correos 675
E-03080 Alicante

e-mail: luisfbarrios@ua.es