

EXTRA
2006

Revista de Estudios Penitenciarios

Revista de Estudios Penitenciarios

EXTRA 2006

HOMENAJE AL PROFESOR FRANCISCO BUENO ARÚS

COLABORAN:

*Carlos García Valdés (Coordinador), M.ª del Carmen Figueras Navarro,
José Luis de la Cuesta Arzamendi, Borja Mapelli Caffarena, Manuel Gallego Díaz,
M.ª Concepción Molina Blázquez, Alfonso Serrano Gómez, Vicenta Cervelló Donderts,
Antonio Obregón García, Julián Carlos Ríos Martín, Enrique Sanz Delgado,
Abel Téllez Aguilera, Félix Pantoja García, Luis Fernández Arévalo*



MINISTERIO
DEL INTERIOR

http://www.institucionpenitenciaria.es/opencms/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Revista_extra_2006.pdf

Luis Fernández Arévalo
Fiscal de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria

*“La sensatez no conviene en todas las ocasiones;
a veces hay que ser un poco loco con los locos”*
Menandro

1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO: ÚNICA MODALIDAD ACTUAL DE LOS CENTROS ESPECIALES.

Los fines de la actividad penitenciaria aparecen definidos en el art. 1 LOGP, conforme al cual *“las Instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.”* En coherencia con lo anterior, a su vez, en el art. 7 la LOGP clasificó los establecimientos penitenciarios señalando que *“los establecimientos penitenciarios comprenderán: a) Establecimientos de preventivos. b) Establecimientos de cumplimiento de penas. c) Establecimientos especiales.”* A los establecimientos especiales se refiere la LOGP en su art. 11, conforme al cual *“los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) Centros hospitalarios. b) Centros psiquiátricos. c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia.”*

Actualmente la actividad penitenciaria en los centros especiales ha quedado limitada a la desarrollada por los Hospitales Psiquiátricos. Efectivamente, la modalidad de Hospital Penitenciario prevista en el art. 11.a) LOGP había perdido su sentido como consecuencia del nuevo modelo de atención sanitaria asumido por el RP vigente, en coherencia con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, puesto que a atención sanitaria especializada pasaba a desarrollarse por el Sistema Nacional de

Salud, de conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del art. 209.2.1 RP, que señala textualmente que “*la asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud.*”, y en coherencia anticipada con dicho criterio, el Hospital General de Carabanchel había sido clausurado en virtud de Orden del Ministerio de Justicia e Interior de 26 de abril de 1995.

A su vez, la Administración Penitenciaria nunca había desarrollado un plan de creación de Centros de Rehabilitación Social, lo que se ha rectificado mediante el recurso a la **externalización** en el RP vigente, que ha establecido un sistema de conciertos contemplado en el art. 182.3 RP, que dispone que “*la Administración Penitenciaria correspondiente celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal*”.

Así pues queda avalado que la actividad de ejecución penitenciaria desplegada por los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios constituye el único modelo de actividad penitenciaria desarrollado en la práctica por un Centro Especial de las Instituciones Penitenciarias. Actualmente la DGIP dependiente del Ministerio del Interior cuenta con dos centros especiales de este tipo, uno en Alicante, y otro en Sevilla.

2. LA DISCUTIBLE CONCEPCION REGLAMENTARIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO O UNIDAD PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA COMO *HARDWARE* PENITENCIARIO DESTINADO AL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD: SUS FUNCIONES REALES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE PREVENTIVOS Y DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA ESPECIALIZADA A INTERNOS CON TRASTORNOS MENTALES.

El RP vigente aborda la definición de Hospital Psiquiátrico Penitenciario señalando en su art. 183 RP que “*los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes*”.

Sin embargo esta definición queda desmentida a renglón seguido por el art. 184 RP, que regula otras modalidades de ingresos, desdiciéndose de ser el cumplimiento de dichas medidas de seguridad el único objeto de estos centros especiales. Efectivamente, se contempla el ingreso de detenidos o presos con patología psiquiátrica para observación y emisión de informe psiquiátrico a requerimiento judicial, y además de penados a los que de conformidad con lo dispuesto en el art 60 CP se aplique medida de seguridad adicional al acuerdo suspensivo de la pena, supuestos a los que podemos añadir el caso de los penados que sin aplicación del art. 60 CP, requieran de asistencia psiquiátrica penitenciaria especializada que no pudiera serles facilitada en un centro ordinario. A este respecto, el art. 184 RP señala que “*el ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos: a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe. Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda.*”

b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario. c) Penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica penitenciaria.”

No suscitaba problemas el ingreso de detenidos y presos, previsto en el art. 184.a) RP, que se justificaba por lo dispuesto en las reglas generales de detención y prisión, en relación con la previsión contenida en el art. 381 LECr, que establece que “*si el Juez advirtiere en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la observación de los Médicos Forenses en el establecimiento en que estuviese preso, o en otro público si fuere más a propósito o estuviese en libertad. Los Médicos darán en tal caso su informe del modo expresado en el Capítulo VII de este título.*”¹ En puridad, así pues, lo que la LECr había previsto era la observación de detenidos y presos a efectos de peritaje psiquiátrico en el propio establecimiento penitenciario de destino, lo que coincide con la previsión contenida en el art. 37.b) LOGP, que exige la existencia de dependencias especiales para observación psiquiátrica en todos los establecimientos penitenciarios; pero además expresamente la LECr se había planteado la posibilidad de ingreso del detenido o preso por orden judicial en otros establecimientos públicos más adecuados.

Tampoco suscitaba dudas el ingreso de sentenciados a sujetos de medidas de seguridad, conforme a lo dispuesto en los arts. 101 y 104 CP, con dos precisiones: en primer lugar que el CP posibilita la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, lo que permite concluir que el internamiento psiquiátrico no viene necesariamente a materializarse en hospitales psiquiátricos penitenciarios, pudiendo el Juez o Tribunal sentenciador acordar el internamiento en otro tipo de establecimiento, público o privado, si lo considera procedente; y en segundo lugar, que el RP en una deficiente redacción técnicamente hablando, omitió la posibilidad de internamiento psiquiátrico por razón de semieximente.

¹ El párrafo primero del art. 184.a) RP contempla así un supuesto muy excepcional: **un mandato judicial mixto, de doble contenido imperativo**, el primero, consustancial a todo mandato de internamiento, consistente en ordenar la admisión, retención y custodia; el segundo, de designación instrumental del lugar de retención, en atención a las necesidades procesales de obtención de informes periciales psiquiátricos. Este caso constituye excepción al principio general de competencia soberana de la DGIP para distribuir la población reclusa como proyección de su potestad organizativa de los servicios administrativos de prisiones. Sin embargo, la designación del lugar es instrumental para la observación psiquiátrica, limitando su vigencia “*durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe*”. Ahora bien, el párrafo segundo del art. 184.a) RP hace una precisión aparentemente coherente con lo anterior, pero de profundo calado que distorsiona toda la propia filosofía reglamentaria: “*una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda.*” Esto es, cumplida la observación y emitido el informe pericial, cesa la razón de la vigencia del mandato judicial ubicativo del interno, pero en ese momento, aunque lo coherente con el sistema sedicientemente asumido en el art. 183 RP sería prever que el Centro Directivo acordará necesariamente el traslado del interno, ya que su permanencia en el Hospital Psiquiátrico ha cumplido los objetivos legales de peritación judicialmente acordada, lo que se contempla es que el traslado constituye para el Centro Directivo una simple posibilidad, y no un tajante imperativo de inexorable cumplimiento. La experiencia en la práctica refleja que este traslado no siempre se produce, y que además ello nunca sucede cuando el detenido o preso no está en condiciones de sujetarse al modelo regimental ordinario, ya que en estos casos la propia Institución asume su deber de velar por la salud del interno, desplegando la prestación asistencial psiquiátrica en el marco arquitectónico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, y a la par respeta el mandato de separación legal impuesto por el art. 16.d. LOGP, que no puede cumplirse en centros penitenciarios comunes, donde las dependencias sanitarias aparecen dedicadas limitadamente a la observación psiquiátrica -art. 37.b) LOGP- pero no a la atención especializada.

La tercera posibilidad contemplada por el art. 184.c) RP había sido muy cuestionada, empezando por el propio autor de este análisis, ya que originariamente el CP aprobado por LO 10/1995, de 23 de noviembre, había modificado el sistema precedente, excluyendo la previsión anterior de que en los supuestos de enajenación mental sobrevenida resultara factible la sustitución de la pena por una medida de seguridad, estableciendo como única consecuencia, de apreciarse méritos, la suspensión de la ejecución de la pena, garantizándose por el Juez o tribunal que el reo recibiera atención sanitaria adecuada, sin que resultara prevista la sustitución de la pena por una medida de seguridad, situación que ha variado en la redacción actual del art. 60 CP, introducida por la LO 15/2003, de 25 de noviembre, que sí contempla esta sustitución como una posibilidad, atribuyendo esta competencia al Juzgado de Vigilancia competente.

Hay otra posibilidad más de ingreso a mi juicio. He defendido muchas veces en el terreno doctrinal y en la práctica la posibilidad legal de destino en hospitales psiquiátricos penitenciarios y en unidades psiquiátricas penitenciarias de penados para facilitar asistencia psiquiátrica a aquellos que tienen trastornos mentales si no hubiera méritos para la aplicación del art. 60 LOGP y ello se requiriera en el terreno asistencial. La LOGP ha contemplado el deber de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos, con independencia de su condición procesal, esto es, abstracción hecha de su situación de internamiento en calidad de detenidos, de presos, de penados o de sentenciados sujetos a medidas de seguridad de internamiento. En su art. 3.4 LOGP se prevé que *“la Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”*, sin diferenciar -puede observarse- entre salud física y mental. A su vez, el art. 16.d) LOGP por su parte ha previsto la enfermedad como criterio legal de separación, cuando señala *“los que presenten enfermedad o deficiencias físicas o mentales estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento.”* Conviene sin embargo dejar claro que en puridad lo que determina la necesidad de una separación penitenciaria no es toda enfermedad física o mental, sino tan solo aquella que impida al interno -abstracción hecha de su condición procesal- acomodarse en uno de los modelos regimentales comunes del establecimiento; si resulta factible su convivencia en un modelo regimental común, la enfermedad no es determinante de la separación del interno, sino sencillamente le hace acreedor de una atención sanitaria adecuada, sin cambios de su destino interior, salvo en los casos en que por su gravedad proceda su excarcelación para pruebas diagnósticas u hospitalización. Con objeto de asegurar por una parte la atención psiquiátrica penitenciaria de los internos que la requieran, y para asegurar de otro lado la adecuada separación de aquellos internos que presentan una enfermedad o deficiencia mental que exija su separación por estar imposibilitados para sujetarse al régimen normal del establecimiento, la LOGP previó dos alternativas: en primer lugar, la preceptiva existencia en todos los establecimientos de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica -art. 37.b) LOGP-; y en segundo lugar, si el diagnóstico del enfermo mental exigiera un tratamiento especial, y éste se encontraba incapacitado para mantener la convivencia en un modelo regimental común, lo que procedería sería su destino a un Centro Penitenciario Especial, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario -una de las tres modalidades previstas en el art. 11 LOGP, específicamente en su apartado b)-, destinado a la prestación asistencial de su especialidad, esto es, la atención psiquiátrica. Que esto es así se explicitaba aún más con una previsión específica normativa contenida en la LOGP, que delataba ser ésta, y no otra, la solución: en los casos de posible aplicación del régimen cerrado, necesariamente

debería constatarse en todo caso que la eventual peligrosidad o inadaptación del interno al régimen común no nacía de anomalías o deficiencias de su personalidad, en cuyo caso la consecuencia no debería ser en ningún caso su pase a régimen cerrado, sino en todo caso su destino a un centro especial, donde se le garantizara la necesaria atención asistencial, y todo ello sin perjuicio de la eventual activación de los mecanismos legalmente previstos en los casos de enajenación mental sobrevenida, llegado su caso. Efectivamente, en el art. 10.1 LOGP se establece que *“no obstante lo dispuesto en el número 1 del artículo anterior, existirán establecimientos de cumplimiento de régimen cerrado o departamentos especiales para los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, a no ser que el estudio de la personalidad del sujeto denote la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su destino al centro especial correspondiente.”*

De esta suerte, resulta claro que en el espíritu y letra de la ley existirían necesariamente dos alternativas. La primera afectaría a internos con enfermedades, anomalías o deficiencias que no les impidiera sujetarse a los regímenes comunes de los establecimientos, que no exigía separación legal, y respecto de los que el deber de la Administración de velar por su salud les impone asistencias puntuales o continuadas, sea en el interior de los propios establecimientos de destino, con recursos personales de la propia Administración, o ajenos concertados por la misma, y respecto de los que siempre que fuere necesario, excepcionalmente, conforme al sistema general, podría llegar a requerir su excarcelación a centros hospitalarios extrapenitenciarios, para consulta y hospitalización. Por el contrario, la segunda alternativa nos determinaría un tratamiento diferente en relación con internos con enfermedades, anomalías o deficiencias psíquicas que sí les impide sujetarse a los modelos regimentales comunes de los establecimientos, respecto de los cuales se nos plantearían dos posibilidades: en primer lugar, su destino a las dependencias de enfermería, destinadas en principio exclusivamente a la formulación de diagnósticos psiquiátricos referentes a los internos; y en segundo lugar, su destino a Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios -o bien subsidiariamente, Unidades Psiquiátricas propiamente dichas cuando se integrasen en un establecimiento penitenciario polivalente-, destinados en principio al desarrollo de una atención psiquiátrica asistencial propiamente dicha².

² La proyección del nuevo modelo general de asistencia sanitaria penitenciaria determinó el cierre o clausura del Hospital General Penitenciario como *hardware* penitenciario especial, en atención a la externalización de la atención especializada; sin embargo, la aplicación del ejemplo del antecedente supresivo no podía extensivo al caso de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, por tratarse de lugares efectivamente existentes y adecuados para el cumplimiento de la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico, cuya aplicación aparece legalmente prevista en su caso a enfermos mentales sentenciados por la previa comisión de delitos, a los que se aprecia la eximente o semi-eximente correspondiente. Ante esta tesitura, el RP dedica un capítulo -el VII de su Título VII- a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, contemplando el internamiento en los mismos como una forma especial de ejecución, y toma como punto de partida definitorio precisamente esta finalidad, esto es, el cumplimiento de las medidas de seguridad de internamiento, y así el art. 183 RP señala que *“los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes”*.

La definición reglamentaria de la finalidad de los Hospitales Psiquiátricos parte así una única y exclusiva *ratio*, el cumplimiento de la medida de internamiento psiquiátrico, obviando la esencia asistencial integral -prestación de asistencia psiquiátrica- que impregna la configuración legal -art. 11 LOGP- de esta modalidad de Centro Especial, y ello por la propia lógica de externalización de la atención especializada de la que parte la nueva filosofía de la sanidad penitenciaria, asumida por la Institución desde los últimos años 80. Sin embargo, la regulación reglamentaria ha prescindido de toda modificación del propio marco legal, lo que le hará entrar en colisión con el planteamiento de los principios

3. PECULIARIDADES ORGANIZATIVAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS.

Consecuencia directa de su finalidad asistencial, de las circunstancias personales de discapacidad psíquica de los internos ingresados, y de que el modelo normativo reglamentario no contempló la posibilidad de ingreso de penados, este cúmulo de factores va a determinar una peculiar estructura organizativa de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

En este sentido, la imposibilidad de imputación de responsabilidades en el plano disciplinario -dada la ausencia de culpabilidad de las personas discapacitadas psíquicas ingresadas- determina que no tenga razón de ser la existencia de una Comisión Disciplinaria. Así el art. 188.4 RP señala que *“las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones”*.

De otra parte, al no existir penados, no rige el sistema de individualización científica, mediante la clasificación en grados, y ello excluye la necesidad del funcionamiento de las Juntas de Tratamiento y de los Equipos Técnicos.

Subsiste la necesidad de la existencia de un Consejo de Dirección, en la medida en que se trata del órgano colegiado competente para regir la organización de la vida regimental; y también subsiste la necesidad de la Junta Económico Administrativa, encargada de las actividades de esta índole, esenciales para el desenvolvimiento de sus funciones por parte de cualquier Establecimiento Penitenciario.

Ahora bien, se hace necesaria la existencia de un órgano colegiado que pueda realizar dos tareas esenciales, una esencial para la actividad penitenciaria en sentido estricto en relación con los ingresados, esto es, definir los denominados programas individuales de rehabilitación; la segunda, esencial desde la perspectiva de las funciones colaboradoras con la ejecución penal de las instituciones penitenciarias, la de formular unas *ante-propuestas* periódicas dirigidas al Juez de Vigilancia en orden a que éste órgano judicial pueda adoptar las decisiones de propuesta sobre continuidad, sustitución, suspensión o cese de la medida de internamiento psiquiátrico, en los términos que el art. 97 CP vigente se establecen: dicho órgano será el denominado Equipo Multidisciplinar. A este Equipo se refiere el art. 185.1 RP, que señala que *“para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los*

superiores de la LOGP, aparte de otras incongruencias y defectos técnicos, lo que convierte a este capítulo VII del Título VII probablemente en uno de los apartados reglamentarios de peor factura.

El modelo reglamentario parte así de una lógica general de limitación de su uso para el cumplimiento de la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico: se trata de medidas penales privativas de libertad cuyo cumplimiento debe ser asumido por las Instituciones Penitenciarias -art. 1 LOGP-, y como tales imponen (en la filosofía inspiradora del RP) su necesidad: solo en esta medida se justifica su existencia, ya que el planteamiento del nuevo modelo de sanidad penitenciaria contempla la atención psiquiátrica penitenciaria solo en su aspecto primario.

Las consecuencias derivadas de lo anterior resultan obvias: la atención primaria de enfermedades de internos no sujetos a medida de seguridad de internamiento debería ser desarrollada desde los propios establecimientos penitenciarios, sea con sus propios recursos personales, o ajenos concertados; y la atención especializada, desde los recursos comunitarios externos del propio Sistema Nacional de Salud. El sistema debería completarse con la intervención de los equipos técnicos previstos en el art. 39 LOGP para aquellos casos en los que el diagnóstico de la enfermedad mental pudiera llevar aparejadas consecuencias penitenciarias.

psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación.”

Esta es la lógica que inspira el diseño asumido por el art. 265.4 RP, que establece que “*en los Hospitales psiquiátricos penitenciarios sólo existirán el Consejo de Dirección, cuya composición se determinará por las normas de desarrollo de este Reglamento, la Junta Económico-Administrativa y los Equipos multidisciplinares necesarios*”. En apariencia, este modelo resulta impecable, vistas las razones expuestas. Sin embargo, conviene formular ciertas advertencias, relativas a la posibilidad e incluso necesidad de funcionamiento de las Comisiones Disciplinarias y de las Juntas de Tratamiento, así como unas terceras precisiones sobre las específicas características orgánicas, funcionales y de composición de los Equipos Multidisciplinares.

En primer lugar, la existencia conforme al propio modelo reglamentario de preventivos ingresados para diagnóstico psiquiátrico pone en evidencia la posibilidad de que determinados comportamientos infractores de la seguridad y convivencia ordenada, que eventualmente puedan revestir caracteres de infracción disciplinaria conforme al catálogo reglamentario vigente, puedan ser protagonizados por personas cuyo diagnóstico psiquiátrico excluya una situación de exclusión plena de culpabilidad, o que el ingresado para cumplir una medida de seguridad tenga un plano de culpabilidad como consecuencia de una buena evolución del tratamiento psiquiátrico, por lo que el modelo organizativo deja en la práctica impunes disciplinariamente comportamientos protagonizados por internos ingresados en los hospitales psiquiátricos penitenciarios respecto de los que puede afirmarse culpabilidad plena o al menos mermada, pero no suprimida, al tiempo de la comisión de los hechos, y ello nos lleva a concluir que la Comisión Disciplinaria debiera restablecerse para estos casos concretos, en su caso previo informe psiquiátrico, dejándose abierta la posibilidad de que el Director considerarse procedente incoar el oportuno expediente disciplinario.

En segundo lugar, la conveniencia y aun necesidad de funcionamiento de la Junta de Tratamiento se hace patente respecto de algunas hipótesis residuales. Así, penados trasladados para eventual diagnóstico psiquiátrico previo a la activación de un incidente de enajenación mental sobrevenida. Tal y como han recalcado en sus criterios de actuación los Juzgados de Vigilancia, y respecto de penados para los que no concurriendo méritos justificativos de la aplicación del art. 60 CP, sin embargo se haga necesario asistencialmente su ingreso y estancia temporal en el hospital psiquiátrico penitenciario, situaciones ambas que en la práctica se han venido dando en los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Para estos casos, las tareas de clasificación, revisión de grado, decisiones de disfrute de permisos ordinarios y/o extraordinarios siguen siendo individualmente necesarias, lo que justifica plenamente la aparición de la Junta de Tratamiento.

Las soluciones puntuales descritas de funcionamiento de Comisiones Disciplinarias y de las Juntas de Tratamiento pueden cubrirse con una previsión reglamentaria habilitante, tal y como la contenida en el art. 265.5 RP, que dispone que “*cuando en algún Centro penitenciario las necesidades o la cobertura de puestos de trabajo existente en el mismo no permitan alcanzar la composición de los diferentes órganos colegiados que se determina en el Capítulo siguiente, se adaptará la composición de aquéllos a las mis-*

mas o a los puestos de trabajo que existan en el Establecimiento conforme se determine en las normas de desarrollo de este Reglamento”. No obstante, el régimen disciplinario está terminantemente excluido conforme al art. 188.4 RP, que dispone que “*las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones*”, lo que nos suscita evaluar si es necesario reconsiderar esta tajante exclusión para aquellos casos individuales y excepcionales en los que el comportamiento infractor pudiera haberse realizado bajo condiciones de culpabilidad por su autor, psiquiátricamente justificada documentadamente.

La tercera reflexión debe venir marcada por los Equipos Multidisciplinares, y en particular, como señalábamos, en relación con sus específicas características orgánicas, funcionales y de composición.

Por lo que atañe a sus específicas características orgánicas debe concluirse que asistimos a un verdadero órgano colegiado, propio y específico de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, y como tal aparece contemplado en el art. 265.4 RP, con lo que no cabe dudar de dicha naturaleza, tal y como ha sucedido respecto de los Equipos Técnicos.

Sí suscita en cambio muchas dudas la dinámica actual de funcionamiento de los Equipos Multidisciplinares, establecida en el punto 10 de la Circular de la DGIP 7/1996, de 12 de junio, que estableció que “*en los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas las funciones asignadas reglamentariamente a las Juntas de Tratamiento serán asumidas por el Consejo de Dirección*”. Como veremos, esto transforma a los Equipos de Tratamiento lisa y llanamente en órganos bajo sospecha, tutelados por el Consejo de Dirección, que en la práctica viene a adoptar los acuerdos, en tanto que las decisiones del Equipo Multidisciplinar se convierten de facto en meros informes antecedentes de las resoluciones que adopta en puridad el Consejo de Dirección, y no el Equipo Multidisciplinar correspondiente. El sistema queda así **distorsionado y retorcido**, modificando el espíritu y la letra del RP, como nos lo delata el art. 186.2 RP, que señala que “*el equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro*”. La mención del equipo nuevamente se reitera en los informes periódicos a los que se refiere el art. 187 RP, que dispone en su apartado 1 que “*la peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución*”, agregándose en el apartado 2 que “*el informe a que se hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el artículo 186 serán remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes*”. Son así, sin duda, los acuerdos adoptados por el Equipo Multidisciplinar documentados en forma de informe, y no las decisiones del Consejo de Dirección, las que se deben remitir a la Autoridad Judicial y al Ministerio Fiscal. El papel respectivo de Consejo de Dirección y Equipo Multidisciplinar aparece claramente delimitado en la diferenciación formulada en el art. 189 RP entre *programación general de actividades rehabilitadoras* y los denominados

programas individuales de rehabilitación para cada paciente. La primera corresponde, conforme a la lógica general de nuestro modelo organizativo, al Consejo de Dirección; los segundos, a los Equipos Multidisciplinares³.

La cuestión de la composición organizativa del Equipo Multidisciplinar debe ser igualmente analizada. El art. 185.1 RP dispone que *“para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación”*. El Equipo Multidisciplinar puede y debe estar presidido por el Director, y a su vez el Director puede delegar su presidencia en la figura del Subdirector de Tratamiento, existente en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, que conforme a la lógica del sistema de funcionamiento descrito por el RP -no como dice la Circular antedicha- debe además ser vocal o miembro del Equipo Multidisciplinar. Nos resta otras tres omisiones: La primera, la del jurista, que también existe en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, y cuya presencia en el Equipo Multidisciplinar está tan justificada o más que las Juntas de Tratamiento o Equipos Técnicos, dadas las procelosas complicaciones jurídicas que salpican la dinámica de la ejecución de las medidas de seguridad, ya que puede y debe ejercer dentro de este órgano colegiado las competencias que le vienen siendo asignadas en el art. 281 del RP aprobado por RD 1201/1981, vigente con valor de resolución del Centro Directivo conforme a la DT.^a 3.^a del RD 190/1996, de 9 de febrero. Las otras dos omisiones, la del educador y la del Jefe de Servicios, por paralelismo a la composición a la Junta de Tratamiento.

4. COLABORACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO EN LA EJECUCIÓN PENAL.

Las competencias de ejecución de las medidas de internamiento corresponden exclusivamente a Jueces y Tribunales, y se dividen entre Jueces y Tribunales sentenciadores⁴, de una parte, y Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, de otra.

³ La confusión entre las funciones respectivas conduce a la distorsión general del sistema, y de ahí nacen las disfunciones de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, más agudas en uno que en otro, en función de la adaptación del Consejo de Dirección respectivo a la dinámica del Equipo Multidisciplinar correspondiente.

⁴ Corresponde a los Jueces y Tribunales sentenciadores la adopción de los pronunciamientos siguientes: 1.º- Decisiones de determinación del lugar de cumplimiento -hospital psiquiátrico penitenciario u otro centro adecuado; no necesariamente serán hospitales psiquiátricos penitenciarios, y podrán alternativizarse otros recursos, si existieren⁴. 2.º- Decisiones de inicio de cumplimiento, acordando el ingreso en su caso en prisión, a través del mandato de admisión, y de retención y custodia: mandamiento de ingreso en concepto de internado judicial. Corresponde a los Juzgados y Tribunales sentenciadores, y no a los JVP, ordenar el inicio de la ejecución de la medida de seguridad acordada, conforme al principio general consagrado en los arts. 984, párrafo primero, 985, 986, párrafo segundo del art. 988, y párrafo segundo del art. 990, preceptos todos de la LECr. Así pues, si se trata de medida de seguridad consistente en internamiento en Hospital Psiquiátrico Penitenciario, el Juzgado o Tribunal sentenciador deberá expedir mandamiento de ingreso en concepto de internado judicial del sujeto a la medida de seguridad, adoptando sin dilación las medidas necesarias para que el sentenciado ingrese en el establecimiento penal destinado al efecto, a cuyo fin requerirá el auxilio de las Autoridades administrativas, que deberán prestárselo sin excusa ni pretexto alguno. 3.º- Definición del máximo de cumplimiento, a través de la oportuna liquidación de máximo de cumplimiento de la medida. 4.º- Decisiones de cese, sustitución, suspensión y continuidad de la medida de internamiento, en los términos del art. 97 CP, en relación con 101.2 y 104 CP. La liquidación practicada determina un máximo de

La práctica inexistencia de normas reguladoras en la LECr. sobre ejecución de medidas de seguridad debe conducir a la siguiente conclusión: las normas de ejecución de las penas serán de aplicación analógica a las medidas de seguridad de internamiento, en tanto en cuanto no sean incompatibles con la naturaleza de la medida. Aunque no existe una regla explícita en este sentido, al modo del sistema alemán -parágrafo 463 del Código Procesal Penal Alemán (StPO)- puede concluirse su vigencia conforme al art. 4.1 del Código Civil, que dispone que *“procederá la aplicación analógica de las normas cuando éstas no contemplen un supuesto específico, pero regulen otro semejante entre los que se aprecie identidad de razón”*.

A los efectos que nos interesa, la intervención del Hospital Psiquiátrico Penitenciario en sus funciones de colaboración con las competencias jurisdiccionales de ejecución penal se van a canalizar principalmente en relación con las decisiones revisoras de la subsistencia de la medida de internamiento. Obsérvese que el Código Penal exige una revisión anual de la situación de las medidas de seguridad privativas de libertad, pero no establece periodicidad respecto a la revisión de las medidas de seguridad no privativas de libertad. Sin embargo, en el caso de los internamientos en Hospitales Psiquiátricos, las revisiones administrativas efectuadas por el órgano competente -equipo multidisciplinar- se efectuarán con periodicidad semestral, conforme a mandato del Reglamento Penitenciario, lo que se acomoda al sistema general de revisión de grado y del programa de tratamiento prescrito en el art. 65.4 LOGP. Debe tenerse presente que el JVP no acuerda la decisión de cese, sustitución, suspensión o continuidad de la medida, sino que eleva propuestas al Juez o Tribunal sentenciador. Ello se ha criticado doctrinalmente porque confiere a los JVP competencias no jurisdiccionales; entendemos salvada la crítica porque los órganos jurisdiccionales ejercerán además de las competencias jurisdiccionales -art. 117.3 CE- aquellas otras que la ley les confiera en garantía de derechos, esto es, las funciones de tutela judicial de derechos del art. 117.4 CE.

cumplimiento de la medida, que no excluye su término anticipado, en el marco de las decisiones que competen al Juez o Tribunal sentenciador sobre determinación del cese, sustitución o suspensión de la medida de internamiento, en virtud de un pronunciamiento que resuelve un incidente contradictorio -intervención de Ministerio Fiscal, y abogado defensor, y acusaciones personadas- que activa el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. Conforme al art. 97 CP: *“Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador podrá, mediante un procedimiento contradictorio, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria: a) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto. b) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejar tal medida sin efecto. c) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que lo impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código. A estos efectos el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta”*. A su vez el art. 98 CP agrega que *“para formular la propuesta a que se refiere el artículo anterior el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad, y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene”*. 5.º- Decisiones de término por cumplimiento del máximo de la medida.- Aunque de suyo no resulta necesario un sistema de propuestas de licenciamiento definitivo, ya que la orden de extinción estaría marcada en la liquidación de máximo de cumplimiento de la medida, parece aconsejable proyectar a las medidas de seguridad de internamiento el sistema de aprobación de comunicaciones y propuestas dimanante de los arts. 17.3 LOGP y 24 y siguientes del Reglamento Penitenciario, de tal suerte que la excarcelación requiere una aprobación expresa del Juez o tribunal sentenciador.

¿Cómo acuerda el JVP sus decisiones de propuesta de cese, sustitución, suspensión o continuidad, de las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico? El contenido de la propuesta se activa en virtud de una *antepropuesta* elevada a dicho órgano jurisdiccional por el equipo multidisciplinar del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, según se prevé en los arts. 186.2 y 187 del Reglamento Penitenciario vigente. Conforme al art. 186.2 RP *“El equipo que atienda al paciente deber presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro”*. Conforme al art. 187 RP *“1. La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución. 2. El informe a que se hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el artículo 186 ser remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes”*.

La determinación de un plazo semestral de revisión por parte de los Equipos multidisciplinarios de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios no es caprichoso, sino que toma como referencia las revisiones semestrales efectuadas en las revisiones del programa individual de tratamiento y de las revisiones de grado propias del sistema de individualización científica, que constituye el nervio central del régimen del cumplimiento de las penas en el sistema penitenciario español. La remisión del informe al Juzgado de Vigilancia, si se propone la continuidad, no determina que el JVP formule expresa propuesta al Juzgado o Tribunal sentenciador, pues el mandato imperativo del art. 97 CP es de elevación con periodicidad anual. Por su parte la remisión del informe al Ministerio Fiscal se justifica en la medida en que el Fiscal se configura constitucionalmente -art 124 CE- como órgano promotor de la actuación de la justicia, y como garante institucional -juntamente con el Defensor del Pueblo- de los derechos.

La evolución positiva del internado en su programa individual de rehabilitación, el éxito e incidencia positiva del tratamiento terapéutico, la aparición de alternativas sociales, pueden conjuntamente determinar una aminoración de la peligrosidad criminal del internado, y la suficiencia de medidas de seguridad no privativas de libertad para controlar dicha peligrosidad criminal, en cuyo caso deberá determinarse la sustitución de la medida de seguridad de internamiento por las medidas no privativas de libertad imprescindibles para el control de dicha peligrosidad criminal; pero si el éxito del tratamiento terapéutico es pleno, y no se hace ni tan siquiera necesaria la aplicación de medidas de seguridad no privativas de libertad, ello a su vez deberá determinar el cese o suspensión de la medida de internamiento.

El procedimiento revisorio es simple: recibido el informe emitido por el Equipo multidisciplinar, el Juzgado de Vigilancia oirá al Ministerio Fiscal, y a su vista dictará la resolución correspondiente, pudiendo reclamar datos complementarios por

propia iniciativa o a instancia del Ministerio Fiscal. La resolución se articula en forma de propuesta dirigida al Juez o Tribunal sentenciador, y en principio no es susceptible de recurso, ya que la decisión final será adoptada por el Juez o Tribunal sentenciador: no es un auto, es una propuesta.

Una vez recibida la propuesta por el Juez o Tribunal sentenciador, oír al Fiscal, acusaciones si las hubiere, y abogado defensor, y dictará la resolución pertinente. En defecto de normativa especial, rige el sistema general de recursos.

5. ACTIVIDAD PENITENCIARIA Y HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.

La actividad penitenciaria en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios perseguirá dos finalidades básicas: en primer lugar, la retención y custodia, o aseguramiento de la persona del sentenciado, ordenada por la autoridad judicial, manteniendo la convivencia ordenada; y en segundo lugar, la reeducación y reinserción social del internado. Ahora bien, la actividad asistencial va a impregnar en su totalidad una y otra parcela de la actividad penitenciaria, constituyendo el impulso inspirador de una y otra; podemos hablar así con propiedad de un régimen asistencial, y de un tratamiento asistencial.

Ahora bien, esta finalidad asistencial debe incluso inspirar la propia ubicación y diseño de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. A los criterios de ubicación y de diseño arquitectónico se refiere el art. 191.1 RP, conforme al cual *“para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, deberán tenerse en cuenta como elementos determinantes, factores tales como los criterios terapéuticos, la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio por parte de los pacientes internados, así como la disposición de espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras”*, agregándose en el apartado 2 que *“la Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes”*.

A este respecto, los JVP acordaron en su XII Reunión *“instar a las Administraciones Penitenciarias para que proceda a la creación de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios que se reputen necesarios para atender la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del imperativo de velar por la salud de los internos, previsto en el art. 3.4 LOGP, y en aplicación del criterio legal de separación previsto en el art. 16.d) LOGP”*⁵.

⁵ Ello se acordó en base a la siguiente motivación: *“en la actualidad se canaliza dicha atención a través de un sistema de acuerdos entre la Administración Penitenciaria y entidades concertadas, encontrándonos con graves retrasos en la atención de los reclusos que presentan padecimientos psiquiátricos. La creación de estas unidades psiquiátricas, atendidas por psiquiatras de la propia institución, se justifica además por la existencia de la especialidad de psiquiatría en la Ley 39/1970, de reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios, por la propia previsión de unidades psiquiátricas, además de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en los arts. 184 y siguientes del Reglamento Penitenciario vigente. En la actualidad, además, la inexistencia de Unidades Psiquiátricas suscita problemas de ubicación de penados que padecen anomalías psíquicas, que conforme al art. 184 RP no pueden ser destinados a Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, y cuya vida en módulos de régimen ordinario resulta del todo punto imposible”*.

5.1. La actividad de régimen en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

La actividad de retención y custodia del sentenciado sujeto a medida de seguridad constituye el cumplimiento material de la orden judicial en cuya virtud se produjo su ingreso; y se extenderá hasta que se acuerde su libertad por el Juez o Tribunal, en los términos del art. 97 CP ya examinados. En consecuencia, la Administración Penitenciaria viene obligada: primero, a establecer los sistemas de seguridad adecuados en orden a asegurar el mandato judicial precitado; segundo, a asegurar la convivencia ordenada o buen orden regimental, sin el cual será imposible el desarrollo de las actividades tratamiento y rehabilitación social, y en este marco se inscribirán la eventual aplicación de medios coercitivos, conforme a los presupuestos generales previstos por la LOGP, pero que presentan la particularidad de que no se podrán desplegar sin previa indicación de facultativo; no cabrá sin embargo la corrección de comportamientos infractores de la normal convivencia en el marco de ningún régimen disciplinario, atendida la ausencia de culpabilidad en la conducta de los internados.

Fuera de estos límites, todo girará en orden a las exigencias de su tratamiento terapéutico, y dicho tratamiento terapéutico, esa actividad asistencial, va a inspirar incluso los límites regimentales. Así se destaca desde el momento mismo del ingreso, y en cuanto a su separación interior, conforme al art. 186.1 RP, conforme al cual *“en el momento de ingresar, el paciente ser atendido por el facultativo de guardia, quien, a la vista de los informes del Centro de procedencia y del resultado de su reconocimiento, dispondrá lo conveniente respecto al destino de aquél a la dependencia más adecuada y al tratamiento a seguir hasta que sea reconocido por el psiquiatra”*.

Por su parte, el art. 188 RP regula el régimen de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, pivotando todo alrededor del impulso asistencial. Así las necesidades asistenciales del paciente inspiran la separación interior, y así viene a reconocerse en el art. 188.1 RP, que señala que *“la separación en los distintos departamentos de que consten los Establecimientos o Unidades se hará en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente”*; igualmente inspira el modelo de vida que le es aplicable, y a tal respecto el art. 188.2 RP señala que *“las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento”*. La eventual aplicación de medios coercitivos es admitida pero supeditada a la expresa indicación facultativa, y a tal efecto el art. 188.3 RP dispone que *“el empleo de medios coercitivos es una medida excepcional, que sólo podrá ser admitida por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible previo al efecto del tratamiento farmacológico que esté indicado, debiéndose respetar, en todo momento, la dignidad de la persona. Incluso en los supuestos de que médicamente se considere que no hay alternativa alguna a la aplicación de los medios expresados, la medida debe ser puntualmente puesta en conocimiento de la Autoridad judicial de la que dependa el paciente, dándose traslado documental de su prescripción médica.”* Respecto al régimen disciplinario, es tajantemente excluido como hemos visto en el art. 188.4 RP, que dispone que *“las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones”*; pero hemos criticado esta tajante exclusión, y en casos de culpabilidad existente en el interno diagnosticada médicamente y si se reputa adecuado por facultativos, en coherencia con el sistema general, no debería ser excluido tan radical y terminantemente su aplicación.

5.2. La actividad de tratamiento en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

En cuanto a la actividad de reeducación y reinserción social, constituye el fundamento y núcleo del tratamiento penitenciario, que será igualmente de manera fundamental terapéutico-social. Así se colige del art. 68.1 LOGP, que dispone que *“en los centros especiales el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones”*.

A las actividades rehabilitadoras se refiere el art. 189 RP, diferenciando entre la programación general de actividades rehabilitadoras del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, y los programas individuales de rehabilitación. Conforme al art. 189 RP *“con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social, sino abarcando también a aquellos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y la integración social”*. La delimitación conceptual entre programación general de actividades rehabilitadoras y programas individuales de rehabilitación debiera resultar clara: la programación general de actividades rehabilitadoras es el equivalente a lo que el RP vigente en el régimen ordinario calendario mensual de actividades -art. 77.3 RP-, y el programa individual rehabilitador el equivalente a lo que el RP denomina programa individual de tratamiento, para penados, y modelo individualizado de intervención, para preventivos: el primero debe ser aprobado conforme a la naturaleza de las cosas por el Consejo de Dirección; el segundo, por el Equipo Multidisciplinar, aunque la Circular de 1996 antedicha parece atribuirla *contra natura* al Consejo de Dirección.

Para la realización de estas actividades de rehabilitación la Administración deberá contar no sólo con instalaciones adecuadas, sino también con recursos personales especializados suficientes, y con la colaboración de recursos externos.

A los recursos personales especializados se refiere el art. 185.1 RP, conforme al cual *“para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación.”*

A la colaboración de los recursos externos se refiere el art. 185.2 RP, conforme al cual *“la Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental”*.

Las actividades de reinserción social se van a canalizar a través de instituciones tales como comunicaciones con familiares y amigos que acudan a visitar al internado en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, y un programa de salidas al exterior. A estas actividades de reinserción social se va a referir el art. 190 RP, bajo la denominación de relaciones con el mundo exterior. Conforme al art. 190 RP *“las comunicaciones con el exterior de los pacientes se fijarán en el marco del programa individual de rehabilitación de cada uno de aquéllos, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes puedan comunicar y las condiciones en que se celebren las mencionadas comunicaciones”*.

Una cuestión que se suscita es la competencia judicial para autorizar las salidas al exterior. ¿Corresponde al Juez o Tribunal Sentenciador, o bien por el contrario al Juez de Vigilancia Penitenciaria? A favor del Juez o Tribunal sentenciador se aduce que el internado no podrá salir del centro de internamiento sin previa autorización de aquél; pero la cuestión es muy dudosa tras la redacción del art. 101 CP, cuyo apartado 2 establecía, como ya vimos, que *“el sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código”*. Desde el momento en que la salida del establecimiento es en los términos o de conformidad con lo establecido en el art. 97 CP, queda claro que no es el Juez o Tribunal quien debe autorizar el permiso de salida, ya que el permiso de salida no constituye ni cese, ni sustitución, ni suspensión de la medida en los términos del art. 97 CP. Que es el JVP la autoridad judicial que debe autorizar el permiso de salida lo confirman los arts. 94 LOPJ, cuando se asigna a los JVP la competencia de ejecución de las medidas de seguridad; dado que el permiso entraña una revocación del mandato original de retención y custodia, solo la autoridad judicial de ejecución podrá revocar el mandato aludido, siendo el JVP la autoridad de ejecución conforme al art. 94 LOPJ. Si consideramos los permisos de salida como control jurisdiccional de la legalidad de la actividad ordinaria de la Administración, esta competencia corresponde al JVP, y nunca al Juez o Tribunal sentenciador -art. 76.1 LOGP. Corresponde además a los JVP la autorización de los permisos de salida excepto los de los penados clasificados en tercer grado -art. 76.2.i) LOGP. Pero la cuestión queda meridianamente clarificada en el RP. Las salidas al exterior se inscriben en el programa individualizado de rehabilitación -art. 190 RP-; el programa de rehabilitación se manda para su aprobación a la Autoridad Judicial correspondiente, según el art. 186.2 RP, juntamente con las propuestas de cese, sustitución, suspensión o continuidad de la medida. Es claro que dicha autoridad judicial es así el JVP, que deviene en competente para la autorización de las salidas, y así lo han asumido los Jueces de Vigilancia en sus criterios de actuación.

6. LIBERTAD DE INTERNOS INGRESADOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS.

La orden de libertad vendrá determinada por las decisiones de suspensión, sustitución o cese de la medida acordada por el Juez o Tribunal sentenciador, conforme al art. 97 CP, o bien por vencimiento del máximo de cumplimiento contemplado en la liquidación de la medida.

En esta última hipótesis, debemos distinguir dos posibilidades: libertad sin excarcelación o con excarcelación. Lo primero sucederá si el internado tiene causas penales activas, y penitenciarmente se resuelve conforme se dispone en el art. 29 RP, que señala en su apartado 1 que *“los Directores de los establecimientos retendrán a los penados que, habiendo extinguido una condena, tengan alguna otra pendiente de cumplimiento, informando a aquéllos de la causa de la retención”*, agregando en su apartado 2 que *“cuando la retención lo sea por tener pendiente otra causa en que se haya decretado prisión provisional, el Director lo comunicará a la autoridad judicial competente y al centro directivo para el traslado que, en su caso, proceda.”* Aunque no se haya contemplado específicamente, en la práctica los Directores suelen activar el incidente contemplado en el art. 60 CP con anterioridad, si apreciaran méritos para ello.

La excarcelación en cambio suscita problemas cuando no hubiera alcanzado éxito su tratamiento terapéutico, lo que a la par nos ubica en puridad ante la acción social postpenitenciaria. A la Administración Penitenciaria le incumbirá un deber de derivación hacia los recursos terapéuticos sociales externos, conforme al art. 185.2 RP, que establece que *“la Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental”*.

La excarcelación por razón de libertad se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos de que se pueda instar en su caso las medidas de incapacitación pertinentes, y así se prevé con carácter general en el art. 219.4 RP *“cuando el liberado definitivo sea un enfermo mental, se comunicará al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes”*.

Puede suceder que el interno, al tiempo de la excarcelación por cumplimiento de la medida de seguridad, se encuentre en una situación de descompensación que justifique su internamiento en un centro hospitalario extrapenitenciario, en cuyo caso la Dirección del Hospital Psiquiátrico Penitenciario podrá proceder en los términos contemplados en el art. 763 LEC.