

El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro.

Criminal Psychiatric confinement by court order in Spain: current situation and proposals for the future.

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Colaborador honorífico de Derecho Administrativo. Alicante.

Resumen: El sistema de internamiento psiquiátrico penal por razón de trastorno psíquico en España tiene un carácter dual, admitiéndose teóricamente el cumplimiento de esta medida de seguridad tanto en instituciones psiquiátricas penitenciarias especiales como en otras de carácter no penitenciario. El presente artículo se refiere a las primeras. Los importantes déficits del marco penitenciario para el cumplimiento de la medida de internamiento ponen de manifiesto la necesidad de abandonar un sistema obsoleto incompatible con los más recientes avances en el entorno europeo y, especialmente, con un nivel asistencial digno. Por todo ello se aportan una serie de propuestas a fin de superar el actual modelo y mejorar el sistema de internamiento.

Palabras clave: Trastorno psíquico. Internamiento penal. Psiquiátricos penitenciarios. Reforma del sistema.

Abstract: The system for court-ordered psychiatric confinement caused by psychological disorder in Spain is two-faceted, since it is theoretically possible to comply with measures in mental penal facilities as well as in other institutions not of penal nature. This article refers to the first ones. The considerable deficits in the penitentiary field for the fulfilment of the confinement measures bring to light the necessity to abandon an obsolete system, which is incompatible with the most recent developments in the European Union and most crucially with an appropriate level of care. Due to all these reasons a series of proposals are provided with the aim to surpass the current model and improve the internment system.

Key words: Psychological disorder. Penal internment. Penitentiary psychiatric. System reform.

1. La actual configuración del internamiento psiquiátrico penal en España

El art. 101.1 del vigente Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, CP en adelante) dispone que al declarado exento de responsabilidad criminal conforme al art. 20.1º CP¹ puede aplicársele, “si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96”, es decir una medida de seguridad no privativa de libertad, entre las que caben destacar la libertad vigilada, en particular el tratamiento médico externo (arts. 105.1.a) y 106.1.k) CP) y la custodia familiar (art. 105.1.b) CP).

La mención a “establecimiento adecuado” es una constante de nuestros Códigos penales desde el de 1848 (el primero de 1822 curiosamente reconocía la irresponsabilidad penal del que obrare en “estado demencia o delirio”, pero no proporcionó una respuesta penal para estos casos). Obsérvese en este sentido que el art. 5.1.e) del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950 —que España ratificó en su día— admite la privación de libertad de un “enajenado” (término hoy día obsoleto), siempre que sea “conforme a Derecho” y, en definitiva, “con arreglo al procedimiento establecido por la Ley”. No obstante, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos no ha venido considerando “adecuada” la estancia de pacientes psíquicos en centros penitenciarios ordinarios², ni aún siquiera en anexos psiquiátricos de Centros penitenciarios³. Ciertamente no ha

hecho una mención explícita dicho Tribunal Europeo —hasta donde llegamos— a las instituciones psiquiátricas-penitenciarias.

Nuestra legislación penal nunca ha explicitado que dicho establecimiento tuviera que ser necesariamente de carácter penitenciario, si bien la normativa penitenciaria sí previó la existencia de un Centro especial de carácter penitenciario, primero solo destinado a reclusos condenados que incurrieran en “demencia sobrevenida” y luego también a sujetos exentos de responsabilidad penal por razón de trastorno psíquico (a partir del Reglamento Penitenciario de 1948) (1).

En la actualidad cabe hablar de un sistema dual para los inimputables a los que se imponga la medida de internamiento psiquiátrico de origen penal, ya que aquellos pueden ir destinados tanto a instituciones penitenciarias especiales (Psiquiátricos Penitenciarios y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias) o a establecimientos psiquiátricos no penitenciarios, posibilidad esta última expresamente contemplada en el art. 20 del Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas (BOE, de 18 de junio). Los pronunciamientos judiciales en este sentido no son homogéneos. Algunas sentencias explicitan que el lugar de cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad sea un psiquiátrico penitenciario, otras aluden más en abstracto a establecimientos de régimen cerrado y otras sin más se remiten al “establecimiento adecuado” al que alude el precitado art. 101.1 CP.

Al día de hoy, en España existen dos Establecimientos psiquiátricos penitenciarios dependientes del Gobierno central (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, SGIP), los de Alicante y Sevilla, y una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria dependiente de la Generalitat de Catalunya (Anexo del Centro Penitenciario de Can Brians). El País Vasco tiene un régimen no penitenciario, derivado del convenio existente con la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni de Arrasate-Mondragón (Hospital privado).

1 “El que, al tiempo de cometer una infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

2 SSTEDH, 13.1.2011, Kallweit c. Alemania, § 57; 28.6.2012, S. c. Alemania, § 97; 10.1.2013, Swennen c. Bélgica, § 82.

3 SSTEDH, 2.10.2012, L.B. c. Bélgica, § 101; 10.1.2013, Claes c. Bélgica, §§ 42-69 y 70-72; 10.1.2013, Dufourt c. Bélgica, §§ 37-62 y 63-65; 10.1.2013, Swennen c. Bélgica, §§ 29-53 y 54-56; 9.1.2014, Plaisier c. Bélgica, §§ 53-57; 9.1.2014, Moreels c. Bélgica, §§ 55-59; 9.1.2014, Saadouni c. Bélgica, §§ 61-65; 9.1.2014, Gelaude c. Bélgica, §§ 50-54; 9.1.2014, Caryn c. Bélgica, §§ 41-45; 9.1.2014, Oukili c. Bélgica, §§ 52-56; 9.1.2014, Van Meroye c. Bélgica, §§ 82-86; 18.7.2017, Rومان c. Bélgica, §§ 99-101.

Indicar asimismo la posibilidad de cumplimiento de la medida de internamiento penal en Centros penitenciarios ordinarios cuando el internamiento pendiente efectivo no supere los 6 meses (arts. 8 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria –LOGP– y 12 del Real Decreto 190/1996, de 19 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario –RP–). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de hecho, considera tolerable el ingreso de estos pacientes en un centro penitenciario por un corto espacio de tiempo, si no se causan daños a su salud mental⁴.

Aunque no será aquí objeto de especial atención, cabe citar la existencia de Módulos para Discapacitados Intelectuales. Así un Módulo en el Centro Penitenciario de Segovia (2) y otros dos destinados a tal fin en los Centros penitenciarios de Estremera (Madrid) y Quatre Camins (Barcelona). Estos tres Departamentos tendrían el carácter de “Centro educativo especial” al que se refiere el art. 101.1 CP).

Con independencia del tipo de establecimiento donde se ejecute la medida de internamiento penal, corresponde al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria elevar al menos anualmente al Juez o Tribunal sentenciador una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de internamiento (art. 98 CP), atribuyéndose a este último órgano jurisdiccional decidir al respecto (art. 97 CP) (3-5). La propuesta elevada por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar “los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad” (art. 98.1 CP) que, en el caso de Hospitales Psiquiátricos y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias, integran los Equipos Multidisciplinares a que aluden los arts. 185.1, 186.2 y 187 RP.

No es descartable que, a la vista de la antigüedad y deterioro de los actuales Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, el Gobierno central albergue la idea de crear una o más instituciones de este tipo, lo cual justifica la elaboración de estas páginas. Por ello no es ocioso contemplar el panorama al respecto en otros países de nuestro entorno, y a la vez desglosar una serie

de sugerencias para el cambio de modelo del internamiento penal por razón de trastorno psíquico en España.

2. El sistema vigente en algunos países europeos

2.1. Reino Unido

En Inglaterra y Gales el internamiento derivado de hechos delictivos de pacientes mentales está regulado por la Mental Health Act, de 9 de mayo de 1983 (modificada en 2007) y por la National Health Service Act, de 8 de noviembre de 2006. La normativa reglamentaria está contenida en la Mental Health (Hospital, Guardianship and Treatment) (England) Regulations de 2008. En cuanto al marco procesal rige la Criminal Procedure (Insanity) Act, de 31 de julio de 1964 (modificada en 1991 y 2004). En Escocia rige la Mental Health (Care and Treatment) Scotland Act, de 25 de abril de 2003 (modificada en 2015) y en el caso de Irlanda del Norte la Mental Health Northern Ireland Order, de 26 de marzo de 1986. El Secretary of State for Health and Social Care está facultado para dictar instrucciones a los servicios psiquiátricos de alta seguridad; recientemente aprobó la Guidance on the High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security) Directions 2019 y la The High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security) Directions 2019, que se aplican de forma conjunta.

Dicho internamiento se cumple por lo general en Inglaterra y Gales en los establecimientos de alta seguridad de Ashworth Hospital (Parkbourn, Maghull, Liverpool), Rampton Hospital (Retford, Nottinghamshire) (alberga también a mujeres de toda Gran Bretaña) y Broadmoor Hospital (Crowthorne, Berkshire). Para Escocia existe el establecimiento de Carstairs, que también atiende a pacientes de Irlanda del Norte (6-8).

Las características del sistema británico son la vinculación de estos establecimientos con el sistema nacional de salud y no con la Administración penitenciaria, aunque en su día dependieron del Ministerio del Interior; el ser centros de alta capacidad: Ashworth (210 camas), Rampton (400 camas), Broadmoor (234 camas), Carstairs (140 camas); el elevado grado de seguridad (9),

4 STEDH, 14.6.2007, Novak c. Croacia, § 46.

equiparable al de prisiones de tipo B (para reclusos peligrosos); una razonable dotación de personal de enfermería y especialista (por ejemplo, Rampton y Broadmoor cuentan en torno a 12 psiquiatras); también está contemplado el eventual traslado de reclusos penados afectados de trastornos mentales a este tipo de establecimientos. La distribución territorial de los mismos, habida cuenta de la dimensión geográfica del Reino Unido, no es del todo irrazonable.

Esta configuración del sistema británico tiene visos de continuidad en el tiempo. Por ejemplo, el recientemente inaugurado nuevo Broadmoor –diciembre de 2019– tuvo un costo de 250 millones de libras. El inconveniente del sistema es precisamente la apuesta por establecimientos de alta capacidad, aunque existan dentro de ellos Unidades que no suelen superar las 20 camas.

2.2. Alemania

En Alemania, dada su estructura federal, existen dos niveles normativos diferenciados. La legislación federal regula los supuestos de internamiento (Código Penal: *Strafgesetzbuch, StGB*), el procedimiento para su imposición (*Strafprozessordnung, StPO*) y el régimen penitenciario (*Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung, Strafvollzugsgesetz, StVollzG*). La normativa penitenciaria citada dispone que la regulación del internamiento en un hospital psiquiátrico se regulará por la legislación de los *Länder* (Estados que integran la República Federal), salvo que la Ley federal establezca lo contrario. Los *Länder* optan por una regulación incluida, bien en la Ley General de Salud Mental del *Länder* (*Psychischkrankengesetz, PsychKG*) (por ejemplo, Brandenburgo), bien en una Ley especial de internamiento forense (*Maßregelvollzugsgesetz-MRVG*) (por ejemplo, Baviera y Renania-Westfalia) (7, 10-13).

Los específicos servicios asistenciales para pacientes mentales delincuentes tienen diferentes niveles de seguridad, existiendo algunos centros con el nivel máximo (así, el Centro de Psiquiatría Forense de Lippstadt –*Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt*– (Renania del Norte-Westfalia), la Clínica Psiquiátrica Forense del Hospital de Distrito de Straubing –*Bezirk-*

skrankenhaus Straubing Forensisch-psychiatrische Klinik– (Baviera) y el Hospital de Distrito de Ansbach –*Bezirksklinikum Ansbach*–, que cuenta con un ala de alta seguridad. En algunos casos los pacientes mentales delincuentes pueden ser destinados a residencias o centros de rehabilitación. Salvo en el caso de los hospitales de alta seguridad, en el resto de los establecimientos las salas comunes estarán abiertas o no a todos los pacientes, dependiendo de cada *Länder*.

En los establecimientos de alta y media seguridad, y en ocasiones también en las Unidades psiquiátricas de cuidados intensivos de los hospitales generales, la asistencia a los pacientes corre a cargo de un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras forenses, psicoterapeutas, personal de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Existen también establecimientos psiquiátricos de gestión privada que admiten a pacientes forenses. A título de ejemplo, la Clínica Psiquiátrica Forense de Brandenburgo o la *Innsalzach-Klinikum* de Wasserburg (gestionada por una entidad privada sin ánimo de lucro y que es propiedad de una asociación corporativa de varios municipios de Alta Baviera).

Hay ciertas diferencias entre las instituciones de cada *Länder* en cuanto a capacidad, aunque por lo general oscilan entre 80-250 pacientes, si bien albergados en Unidades más reducidas. La dotación de personal por lo general ha sido estimada razonable en los informes del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa (CPT). A título de ejemplo, aunque referido a visitas del CPT en diferentes períodos: la *Straubing Forensic Psychiatric Clinic* (136 camas; 11 psiquiatras, 14,5 técnico-sanitarios –psicólogos, socioterapeutas y fisioterapeutas–, 114 enfermeros); el *Nordbaden Psychiatric Centre* (250 camas; 18 psiquiatras, 38 personal especializado –psicólogos, ergoterapeutas, fisioterapeutas, trabajadores sociales–, 163 enfermeros); la *Wasserburg Forensic Psychiatric Clinic* (130 camas; 10 psiquiatras, 14 psicólogos, 120 enfermeros); la *Brandenburg Forensic Psychiatric Clinic* (121 camas; 4 psiquiatras, 9 psicólogos, 50 enfermeros).

2.3. Francia

En Francia, de ser declarada la irresponsabilidad penal, el Código de Procedimiento Penal dispone que el Tribunal podrá ordenar el ingreso involuntario en uno de los establecimientos psiquiátricos destinados a prestar asistencia sin consentimiento, a los que se refiere el *Code de la Santé Publique* (CSP) (11). Son las denominadas *Unités pour Malades Difficiles* (UMDs), que acogen no solo a estos pacientes, sino también a otros, por decisión del Prefecto del Departamento –internamiento civil– o incluso en algún caso a reclusos con trastornos mentales (y esto último con independencia de que también pudieran recibir asistencia en Unidades hospitalarias penitenciarias (*Unités Hospitalières Spécialement Aménagées*, UHSA) (14-15).

La Ley nº 2011-803, de 5 de julio de 2011, de derechos y protección de las personas que sean objeto de cuidados psiquiátricos y sus modalidades de apoyo, estableció una definición de las UMDs. Esta regulación fue modificada por la Ley 2013-869, de 27 de septiembre de 2013, relativa a los derechos y a la protección de las personas que sean objeto de cuidados psiquiátricos y sus modalidades de apoyo, que derogó la parte legislativa del CSP en lo relativo a las UMDs y fue desarrollada reglamentariamente por el Decreto nº 2016-94, de 1 de febrero de 2016, que modifica el contenido de los arts. R.3222-1 y siguientes del CSP y viene a constituir la reglamentación propia de las UMDs.

Por fecha de creación las UMDs existentes son las siguientes: UMD Henri Colin de l'EPS Paul-Guiraud-Villejuif (Val-de-Marne) (1910); UMD de Montfavet Avignon (Vaucluse) (1947); UMD de Sarreguemines (Moselle) (1957); UMD de Cadillac (Gironde) (1963); UMD de Plouguernevel (Côtes-d'Armor) (2008); UMD du Pays d'Eygurande (Monestier-Merlines, Corrèze) (2011); UMD du Centre Hospitalier Le Vinatier (Bron, Lyon) (2011); UMD Louis Crocq (Tarn) (2011); UMD de Châlons-en-Champagne (Marne) (2012); UMD de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime) (2012). La capacidad total de estas Unidades, hasta donde llegamos, es de 530 pacientes (40 de ellos mujeres).

Las UMDs pueden subdividirse en Subunidades con una capacidad máxima de 20 camas,

a cargo de un psiquiatra asistido de un equipo multidisciplinar.

El procedimiento judicial de revisión de la medida de internamiento de origen penal se rige por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, buena muestra de la apuesta por el carácter no penal ni penitenciario de las UMDs. Junto a ello existe una Comisión de Seguimiento Médico en cada Departamento en donde exista una UMD, compuesta por cuatro miembros nombrados por el Director General de la Agencia Regional de Salud; uno será un médico representante de la Agencia regional de la Salud, los otros tres miembros serán psiquiatras que no ejerzan su actividad en la UMD. Cada seis meses esta Comisión debe revisar el expediente de cada paciente.

2.4. Italia

Hasta fechas recientes, Italia disponía para el cumplimiento de medidas de seguridad por razón de trastorno psíquico de los *Ospedali psichiatrici giudiziari* (OPGs), existiendo los establecimientos de Aversa (Campania), Montelupo Fiorentino (Toscana), Reggio Emilia (Emilia Romagna), Napoli (Campania), Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia) y Castiglione delle Stiviere (Lombardía) (11, 16). Aun con matices, esta fórmula de internamiento (de configuración penitenciaria) fue la seguida en España, primero para sentenciados que incurrieran en demencia sobrevenida y luego también –aunque no exclusivamente– para declarados exentos de responsabilidad penal en sentencia. En buena medida este modelo fue sugerido por Cesare Lombroso hace casi 150 años (17).

Las propuestas para abolir los OPGs vienen de lejos, ya desde 1983. Tras muchas vicisitudes y retrasos –que merecieron incluso el reproche del Presidente de la República–, finalmente se clausuraron todos los OPGs (el último, el de Barcellona Pozzo di Gotto, en febrero de 2017).

La alternativa a los OPGs han sido las *Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria* (REMS), gestionadas por la Sanidad territorial (Servicio sanitario de las Regiones y de las Provincias Autónomas de Trento y Bolzano), en colaboración con el Ministerio de Justicia.

Actualmente las REMS se encuentran distribuidas por casi todo el territorio nacional (estructurado regionalmente). A 8 de septiembre de 2017 el número de REMS en Italia era de 30, albergando a 571 pacientes, según informó el Gobierno italiano al CPT [CPT/Inf (2017) 24, par. 74]. Su capacidad es variable, pues hay REMS de solo dos plazas y algún otro (Castiglione delle Stiviere) con 160, recibiendo este último críticas del CPT por el abuso polimodular implantado. Lo normal sin embargo es que cada REMS disponga de entre 10-20 plazas.

El cometido de estos establecimientos de carácter cerrado, es doble ya que, de un lado, sirven para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad y, de otro, son el soporte sobre el que se establecen las vías terapéuticas de rehabilitación de ámbito territorial.

Su estructura organizativa está regulada por el Decreto interministerial de 1 de octubre de 2012, que lleva por título: “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”. Dicho Decreto, bastante detallado, especifica por ejemplo que el personal asistencial estará organizado como equipo de trabajo multiprofesional del que formarán parte médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas de rehabilitación psiquiátrica/educadores y operadores sociosanitarios. Para un establecimiento de 20 camas la dotación sería de 12 enfermeros a tiempo completo, 6 operadores sociosanitarios (OSS) a tiempo completo, 2 médico psiquiatras a tiempo completo con disponibilidad para noches y festivos, 1 educador o técnico de rehabilitación psiquiátrica a tiempo completo, 1 psicólogo a tiempo completo, 1 trabajador social con horario programado y 1 administrativo con horario programado. Durante el horario nocturno debe haber al menos un enfermero y un OSS. A cargo de cada estructura estará un médico psiquiatra.

En lo respecta a la seguridad interna, los REMS deben estar dotados de un sistema de seguridad privada; por consiguiente, no hay previsión alguna para la presencia de miembros de la Polizia

Penitenziaria. El perímetro externo de los REMS está a cargo de la *Preffettura* (Policía).

Cabe destacar que el Código Penal italiano sí prevé una medida cautelar de internamiento (art. 206), al igual que contempla la posibilidad de imponer una medida de seguridad en caso de reclusos que padezcan un trastorno psíquico sobrevenido, antes de la ejecución de una pena privativa de la libertad personal o durante la ejecución (art. 148).

La revisión judicial de la medida de internamiento impuesta debe tener lugar cuando se supere el tiempo mínimo que prevé el Código penal (de 2 a 10 años según el tipo de delito cometido) (art. 222 Código Penal italiano). De estimar la autoridad judicial que transcurrido ese tiempo persiste la peligrosidad podrá establecer un nuevo plazo para la reevaluación (art. 208 Código Penal italiano).

3. Los déficits del sistema español

3.1. El régimen penitenciario de cumplimiento de medidas de seguridad

3.1.1. La insuficiencia del marco normativo

En la actualidad el régimen de cumplimiento de la medida de internamiento penal en el ámbito penitenciario queda circunscrito en lo básico a escasas normas penales (arts. 20.1, 97-100 y 101.1 CP) y penitenciarias (arts. 184-191 y 265.4 RP). El déficit es importante especialmente en lo que se refiere a la regulación penitenciaria. De ahí que la mayor parte del régimen de vida en una institución psiquiátrico-penitenciaria se rija por otras disposiciones generales del RP de aplicación a todos los Establecimientos penitenciarios. A este déficit se une una cuestión no menor, la tendencia de la institución penitenciaria a regularse con normas propias (Circulares e Instrucciones), con no infrecuente olvido del marco jurídico general, y muy en particular de los derechos y garantías de los pacientes.

Por ello es preciso un Estatuto jurídico propio de los Establecimientos en que se cumplan medidas de seguridad privativas de libertad, que abarque cuestiones tales como los derechos de los pacientes y su régimen de vida e implante una estructura netamente hospitalaria, como a continuación se dirá.

3.1.2. La estructura organizativa

En la actualidad el cuadro directivo de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla está compuesto por un Director Gerente, un Subdirector Médico, un Subdirector de Enfermería, un Subdirector de Tratamiento, un Subdirector de Régimen, un Subdirector de Seguridad y un Administrador. La única diferencia respecto a un Centro penitenciario ordinario es la existencia en los mentados Establecimientos especiales de un Subdirector de Enfermería.

Todo ello justificó la Recomendación de 21 de marzo de 2014 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) a la SGIP en el sentido de: “Adoptar las medidas necesarias para dotar a la estructura organizativa de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Fontcalent de Alacant/Alicante de un carácter más asistencial, a fin de que dichos centros se asemejen a instituciones hospitalarias”.

La cuestión es más profunda de lo que pudiera parecer ya que en la práctica el Consejo de Dirección –integrado por el Director y Subdirectores– viene asumiendo funciones que en pura lógica deberían corresponder a los Equipos Multidisciplinares o al personal sanitario. El Art. 138 del Informe del MNP de 2011 ya deparó en esta anomalía.

Por insólito que parezca, en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios que dependen de la SGIP, ningún psiquiatra ha pertenecido a lo largo de su historia a sus cuadros directivos (Consejos de Dirección), a pesar de haber contado a lo largo del tiempo estos Consejos con más de un centenar de componentes. Además de ello, la coordinación de los Psiquiatras de estos dos Establecimientos siempre ha estado a cargo de un Facultativo de Atención Primaria.

De este modo ha quedado inaplicado un precepto, el art. 248.8^a RP de 1981 que, aún degradado de rango a partir de la aprobación del actual RP, teóricamente debiera seguir vigente y que establece que el Psiquiatra “en los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento y al imperativo de las necesidades psiquiátricas. Cuando en dichos Centros haya va-

rios Psiquiatras, uno de ellos actuará como Jefe de los Servicios Médicos y coordinador de todas las actividades sanitarias”. Dicha inaplicación comporta sin duda una degradación en las funciones atribuidas al Psiquiatra, o al Psiquiatra-Jefe de los Servicios médicos en su caso, en beneficio de otros profesionales no especialistas.

3.1.3. La naturaleza de los empleados

El reclutamiento del personal de vigilancia, e incluso de tratamiento –no sanitario–, se lleva a cabo de forma no diferente al resto de los Centros penitenciarios ordinarios. E incluso hasta fechas cercanas ni tan siquiera el personal facultativo especialista en Psiquiatría era convocado con programa distinto al de los facultativos de Atención Primaria. Otro tanto sigue aconteciendo con el personal de Enfermería, al que no se exige cualificación en salud mental.

Al integrarse en una institución psiquiátrica penitenciaria al personal reclutado –sanitario o no– no se le ha proporcionado formación específica para un medio tan singular. A lo largo de su carrera profesional en estos Establecimientos especiales a los empleados solo se han impartido algunos cursillos, que ni tan siquiera han alcanzado a la totalidad de la plantilla; no ha de extrañar este déficit cuando nunca ha existido una programación global al respecto. En definitiva, vienen incumpliendo de forma reiterada los estándares que sobre formación del personal ha venido explicitando el Consejo de Europa⁵.

3.1.4. La composición y régimen de los Equipos Multidisciplinares

Los Equipos Multidisciplinares a los que incumbe garantizar un adecuado nivel de asistencia y que han de informar y proponer a la Autoridad judicial propuestas tales como las referidas al mantenimiento, cese o sustitución, la separación y el traslado de pacientes y también el programa de rehabilitación están integrados exclusivamente por Psiquiatras, Psicólogos, Médicos “generales”,

⁵ Art. 11 Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales, de 22 de septiembre de 2004; CPT/Inf(98)12, § 28 y 42.

enfermeros y trabajadores sociales (art. 185 RP). No pertenecen por tanto a dichos Equipos figuras claves que sí existen en Centros penitenciarios ordinarios, tales como el Jurista y el Educador. El primero aporta con su saber el asesoramiento acerca de la legalidad de las actuaciones que se adopten en estos órganos. La segunda figura se caracteriza por la relación personal especialmente estrecha con los internos (en nuestro caso pacientes), debiendo ayudarles en sus problemas y dificultades durante su reclusión. La ausencia de estas figuras es ciertamente incomprensible, máxime cuando más necesaria es en una institución como la aquí analizada, en donde residen personas ciertamente vulnerables (1).

Paradójicamente durante dos décadas los Equipos Multidisciplinares de los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias ni tan siquiera han venido teniendo en la práctica la consideración de órganos colegiados, con los inconvenientes que ello comporta a la hora de adoptar decisiones, elaborar actas de cada reunión, emitir en su caso votos particulares, etc. Ciertamente es que a este profesional recientemente jubilado sí le ha llegado alguna información de que esta clara irregularidad administrativa, que ha venido contrariando, antes el art. 38.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado y en la actualidad el art. 20.1 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, parece que va en camino de desaparecer. Esta irregularidad deja patente que la institución psiquiátrico-penitenciaria ha demostrado tener a lo largo del tiempo una vida cuasi-propia.

3.1.5. Ausencia de regulación de la medida cautelar de internamiento penal

Las Instituciones penitenciarias, además de tener como finalidad primordial la reeducación y la reinserción de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, cumplen también la función de retención y custodia de detenidos, presos y penados (art. 1º, pfo. 1º LOGP y 2º RP). De este modo los procesados, aunque se aprecie signos de trastorno mental son destinados a Centros penitenciarios ordinarios, ya que su remisión a un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica Penitenciaria sólo está prevista para

observación y emisión del oportuno informe a la Autoridad judicial, si bien “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” (art. 184.a) RP). Señalar que el anterior RP de 1981 sí contemplaba –art. 57.2- que el ingreso de detenidos y presos en “Centros Psiquiátricos Penitenciarios” fuera acordado por la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a propuesta de las Juntas de Régimen y Administración de los Establecimientos.

La ausencia de regulación de la medida cautelar de internamiento viene siendo señalada desde antiguo. Hubo una previsión al respecto en el Anteproyecto de Código Penal de 1992. En la doctrina científica fue puesta de manifiesto la laguna legal existente sobre la materia (18-21). También reparó en ello el Ministerio Fiscal (22), el Defensor del Pueblo (23) y el Tribunal Constitucional [SSTC 191/2004, de 2 de noviembre (Pte. Sala Sánchez); 217/2015, de 22 de octubre (Pte. Narváez Rodríguez) y 84/2018, de 16 de julio (Pte. Enríquez Sancho)].

En fin, la citada STC 84/2018, en cuanto a la eventual aplicación al caso del art. 763 LEC (internamiento psiquiátrico civil de carácter involuntario) consideró que la misma “no deja de ser una posibilidad extraordinaria, no exenta de problemas orgánicos y procedimentales entre tribunales de dos órdenes de jurisdicción llamados a conocer e injerirse en la situación de libertad de una misma persona en tiempo simultáneo”. Pero es más, ha de recordarse que mientras el internamiento psiquiátrico civil requiere la autorización judicial, el internamiento psiquiátrico del orden penal exige un mandato judicial y mientras la duración del primero está por lo general ligada a una decisión facultativa –sin perjuicio de los eventuales recursos ante la autoridad judicial-, la del segundo obedece exclusivamente a la jurisdicción penal.

3.2. Las dimensiones de los establecimientos penitenciarios especiales

La mención que se hizo *supra* sobre las tendencias más modernas en torno al dimensionamiento de los Establecimientos psiquiátricos en general, y los Establecimientos o Unidades para el cumplimiento del internamiento psiquiátrico

penal en particular, cuyo ejemplo más ilustrativo son los modelos francés e italiano ya descritos, pone de manifiesto que la tendencia es a crear Unidades de reducido tamaño (en torno a 20 pacientes por Unidad), pero bien dotadas de recursos humanos y materiales. En el caso de los Psiquiátricos Penitenciarios dependientes de la DGIP esta dimensión no se alcanza ni de lejos (no es inusual, por ejemplo, que el HPP de Alicante aloje en alguno de sus “Módulos” de 100 a 120 pacientes).

3.3. La ubicación de los establecimientos

En la actualidad los dos únicos Establecimientos psiquiátricos de la SGIP son los Hospitales de Alicante y Sevilla –al margen del Módulo de Discapacitados de Segovia-. Cataluña dispone de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Can Brians. Y el País Vasco tiene como Centro de referencia la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni (Mondragón, Vizcaya). No existe ninguna otra “Unidad Psiquiátrica Penitenciaria”, como declaró la STC 84/2018, de 16 de julio (Pte. Enríquez Sancho) antecitada.

Ciñéndonos al ámbito competencial de la SGIP es patente que la prescripción contenida en el art. 191.2 RP ha quedado vacía de contenido, ya que la Administración penitenciaria no ha procurado que “la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciaria favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar”, pues los anunciados acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes al que alude dicho precepto no se han celebrado. De hecho, la STC 84/2018, de 16 de julio constata que la única Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en la actualidad existente es la de Can Brians en Cataluña.

Con ello, y a título de ejemplo, la familia de un paciente que resida en A Coruña, y desea visitarle en el HPP de Alicante debe recorrer 1016 Kms. Y si residiera en Tenerife, 2092 Kms. Igual dificultad acontece en el caso de disfrute de permisos de los pacientes. Difícilmente pues cabe hablar de favorecimiento del “arraigo en su entorno familiar”, al que hace mención el citado art. 191.2 RP.

La cuestión de la ubicación se agudiza especialmente en el caso de pacientes mujeres, al ser un

Pabellón del HPP de Alicante el único destinado a las mismas en la esfera de competencias de la SGIP. A título de ejemplo, siempre ha habido y hay un grupo de pacientes mujeres de las Islas Canarias en dicho Establecimiento.

3.4. El nivel dotacional asistencial

A 2 de junio de 2020 la plantilla asignada al HPP Alicante era de 7 Psiquiatras, aunque el puesto solo lo ocupaban 3 Psiquiatras; la de Psicólogos eran 4 plazas. Pero a fecha de 19 de octubre de 2020 la plantilla real era de 2 Psiquiatras y 2 Psicólogos. Durante buena parte del tiempo en que se escribía este artículo no había un solo psiquiatra en el HPP Alicante (una se jubiló y los otros dos estaban de baja médica). A día de hoy, (8 de diciembre de 2020) solo presta servicio una especialista de Psiquiatría. Esta carencia de personal perdura en el tiempo, a pesar de que el MNP emitió una Recomendación el 21 de marzo de 2014 en la que instaba a la SGIP a “Aumentar el personal asistencial de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Fontcalent de Alacant/Alicante, a fin de reforzar las posibilidades reales de realizar intervenciones individuales y actividades de rehabilitación”.

Tanto Naciones Unidas⁶, como el CPT también se han pronunciado a este respecto, en relación al necesario nivel dotacional de recursos humanos en instituciones psiquiátricas⁷.

La verdad es que la institución penitenciaria sigue precisando la existencia de -al menos- “algún” psiquiatra en establecimientos hospitalarios propios y centros ordinarios con amplia población penitenciaria. De un lado, porque oficialmente la SGIP debe asumir –al menos formalmente- algunas de sus funciones (existencia de Psiquiátricos penitenciarios, atención mental especializada a los reclusos ingresados en Centros penitenciarios con elevada población reclusa). De otro, dicha presencia de personal especializado tiene un valor sobreañadido: descarga en lo fundamental la comparecencia de la institución

⁶ Principio 14.1.a) de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

⁷ CPT/Inf(98)12, § 42.

en investigaciones judiciales derivadas de auto o heteroagresiones de la población privada de libertad; lo usual es que el personal Directivo de los Establecimientos penitenciarios derive las peticiones de información/comparecencia de la Autoridad judicial al Psiquiatra. Ahora bien, para cubrir las apariencias, con que haya un profesional especialista es bastante. La calidad asistencial pasa a ser un tema secundario.

Añadir en fin que sigue constituyendo una práctica nada deseable la pervivencia del empleo de pacientes para atender, incluso en sus necesidades básicas, a otros compañeros de internamiento (así en dependencias de Enfermería). La infradotación de personal auxiliar de enfermería nunca debiera justificar la práctica antedicha, que viene perpetuándose en el tiempo, a pesar de ser contraria a los estándares del CPT⁸.

4. Propuestas de *lege ferenda*

4.1. Carácter y naturaleza de los Establecimientos para el cumplimiento de la medida de internamiento psiquiátrico penal

En sintonía con la práctica seguida en los países europeos supracitados es pertinente traspasar a la sanidad de las Comunidades Autónomas la gestión de Unidades no penitenciarias para el cumplimiento de medidas de seguridad penales impuestas por razón de trastorno psíquico. Los términos en que se expresan tanto el art. 101.1 CP como el art. 20 RD 840/2011 así lo permiten. De este modo España dejaría de constituir una *rara avis* en el panorama europeo más desarrollado, panorama en el que hay una decidida apuesta por trasladar al ámbito no penitenciario el cumplimiento de dichas medidas.

4.2. Traspaso de competencias a las CC.AA.

La Administración penitenciaria se ha mostrado a lo largo del tiempo poco adecuada para la gestión del internamiento psiquiátrico penal. Por ello, y al margen del mandato legal para traspasar a las CC.AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Na-

cional de Salud), hasta ahora incumplido salvo en los casos de Cataluña y el País Vasco, parece más que oportuno traspasar a dichas Comunidades la gestión de las medidas de seguridad que aquí se tratan.

El escaso número de pacientes internados penales en algunas Comunidades Autónomas, ciertamente, hace dificultosa –por costosa– la creación de Unidades especiales para el cumplimiento de medidas de seguridad por razón de trastorno psíquico. No obstante, esta dificultad puede superarse con la suscripción de Convenios intercomunitarios al amparo de lo establecido en el art. 145.2 de la Constitución (24). De este modo las Comunidades Autónomas con menor número de pacientes pueden convenir la atención de los mismos en Comunidades próximas de mayor entidad poblacional.

4.3. Regulación de la medida cautelar penal de internamiento psiquiátrico

En los términos ya expuestos, la necesidad de colmar una laguna legal a este respecto resulta insoslayable. Dicha medida cautelar bien podría llevarse a cabo en las Unidades especiales de las Comunidades Autónomas que aquí se propugnan, de modo similar a como acontece en la República italiana.

4.4. Trastorno mental sobrevenido de reclusos penados

Dado que el art. 60.1 CP dispone que, en estos casos, siempre que dicho trastorno impida conocer al penado el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria debe proceder a la suspensión de la ejecución de ésta, decretando una medida de seguridad privativa de libertad en la que se garantice la asistencia médica precisa, es obvio que el cumplimiento de dicha medida debiera tener lugar en alguna de las Unidades especiales aquí propugnadas.

4.5. Aprobación de un Estatuto de las personas sometidas a internamiento por razón penal

Los pacientes sometidos a medidas penales de internamiento por razón de trastorno psíquico poseen dos peculiaridades especiales derivadas,

⁸ CPT/Inf(98)12, § 29.

tanto del origen de esta medida (mandato judicial y no mera autorización, como sería el caso del internamiento psiquiátrico civil involuntario) como del hecho de la duración de la misma (sometida esta sí a la autorización judicial previa).

Precisamente estas características singulares demandan un marco de protección de derechos, hasta ahora difuso e insuficiente. Dicho marco debiera garantizar los derechos de los sometidos al cumplimiento de medidas de seguridad (25), para lo cual un buen referente serían los postulados de Naciones Unidas⁹, la Unión Europea (26-27) y la ingente labor del Consejo de Europa (28-29).

4.6. Distinción entre el sistema asistencial y la labor pericial/informativa

El sistema vigente, en el que se encomienda a los facultativos y profesionales que atiendan al paciente la elaboración de informes periódicos acerca de la evolución del paciente internado (arts. 98.1 CP y 185-187 RP) adolece de un grave defecto, derivado de la confluencia de las labores asistenciales y periciales/informativas en los mismos profesionales. Debiera por ello reflexionarse sobre la necesidad de distinguir ambas funciones, permitiéndose con ello que no existiera una “contaminación” de roles que de hecho comporta un hándicap para la relación terapéutica entre el personal que presta la asistencia y los pacientes asistidos; cuestión esta que puede extrapolarse a la intervención pericial en el proceso penal (30). El referente de las Comisiones de Seguimiento Médico francesas antes reseñadas pudiera ser de interés, añadiendo tal vez el matiz de que en el nombramiento de sus integrantes concurren las autoridades sanitarias y judiciales.

4.7. La cuestión de la adaptación del ordenamiento español a la Convención de Nueva York de 2006

No desconocemos el contenido de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de

2006, ni tampoco la decidida apuesta de las Directrices de septiembre de 2015 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el artículo 14 de la Convención citada a favor de la supresión del internamiento involuntario por razones de discapacidad –también en el ámbito penal–, aunque es llamativa la hasta ahora escasa atención que han merecido en la doctrina penal española las Directrices citadas en relación a su enérgica apuesta por la mentada supresión. Es claro que es una cuestión pendiente de ser colmada, aunque aquí se desgranarán algunas ideas.

Dichas Directrices, a nuestro entender, llevan a cabo una labor interpretativa, cuando menos cuestionable. En lo básico, el art. 14.1.b) de la Convención de Nueva York establece la obligación de los Estados de asegurar que las personas con discapacidad no se vean privadas de su libertad “ilegal o arbitrariamente”, que dicha privación de libertad “sea de conformidad con la ley” y que “la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad”. En el caso de España el internamiento psiquiátrico penal se impone en un proceso conforme a la Ley, no es la discapacidad la que justifica la privación de libertad, sino la previa comisión de un hecho delictivo (art. 6.1 CP); pudiera admitirse pues que la imposición de un internamiento, y no de una pena, es una traslación de los “ajustes razonables” de que tanto habla la Convención.

Estas Directrices de 2015, como señala Cuenca (31): a) muestran su preocupación por las medidas de seguridad de carácter indefinido, b) también por la ausencia de garantías regulares en el sistema de justicia penal para los discapacitados mentales y c) recomiendan la eliminación de las medidas de seguridad, incluyendo aquellas que implican un tratamiento involuntario (párr. 20). En relación al carácter indefinido de los internamientos psiquiátricos penales, la posición del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad es más que razonable. En cuanto a la ausencia de garantías en los procedimientos penales, obviamente donde las haya, debiera merecer un rotundo reproche.

No obstante, la cuestión más relevante, por radical, es la recomendación de la supresión de las medidas de seguridad. A este respecto las Directrices, en su párr. 14, hacen dos inequívocas afir-

⁹ En particular los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991 y la amplia labor del Comité de Derechos Humanos.

maciones: a) “Todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tienen el deber de no hacer daño” y b) “Los sistemas legales basados en el imperio de la Ley poseen leyes penales y de otra índole para hacer frente al incumplimiento de dicha obligación”. Ahora bien, no se pronuncian sobre el hecho clave, el aspecto sustantivo de la responsabilidad penal; es decir, qué respuesta institucional debe darse ante hechos delictivos cometidos por discapacitados. O, dicho de otro modo, si también las personas con discapacidad “tienen el deber de no hacer daño”, ¿qué hacer cuando provocan daño? Suprimir las medidas de seguridad postdelictuales –que es el caso que nos ocupa– comporta la eliminación del actual sistema de dualismo penal imperante en todos los países avanzados, quedando como una única respuesta penal la pena privativa de libertad, lo que conllevaría retroceder más de un siglo (hasta la Escuela clásica del Derecho penal). Y ello, sin perjuicio de que sea necesario superar una perspectiva unilateral sobre medidas de seguridad fundada en meras consideraciones inocuizadoras, y abordar planes de intervención individualizados, a fin de conseguir la rehabilitación social (32). En definitiva, centrarse en el tratamiento y en la rehabilitación y no en respuestas cuasi-penalizadoras.

Pero, en fin, la realidad existente muestra que hoy por hoy estamos lejos de poder alcanzar el objetivo de suprimir las medidas de seguridad privativas de libertad para los discapacitados por razón de trastorno psíquico. El panorama europeo, a la vista de los ejemplos que en estas páginas se citan, lo pone de manifiesto al perdurar en los países analizados el sistema de medidas de seguridad. De ahí precisamente que pudiera ser conveniente, como objetivo a corto plazo, superar el actual modelo español en la materia que nos ocupa, en línea con lo descrito en estas páginas. Y ello sin perjuicio de que debiera iniciarse un proceso de progresiva y razonable adaptación de todo nuestro ordenamiento jurídico a la Convención. Y cuando decimos “todo”, nos referimos también a una laguna incomprensiblemente persistente, la falta de delimitación del supuesto de hecho del internamiento involuntario civil (33). Y también a la aún pendiente y necesaria reforma de nuestro sistema de modificación de la capacidad civil, en el sentido de implementar mecanismos de apoyo, con carácter general, aunque solo en el caso de ser necesarios, sin perjuicio de que en circunstancias muy excepcionales y justificadas quepa admitir un cierto paternalismo jurídico –consentimiento por sustitución– (34-35).

Contacto

Luis Fernando Barrios Flores ✉ luisfbarrios@ua.es
Área de Derecho Administrativo. Dpto. Estudios Jurídicos del Estado.
Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.
Campus de San Vicente del Raspeig • Ap. 99. E-03080 Alicante

Bibliografía

1. Barrios LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 100: 473-500.
2. Bartolomé MJ, Roca M. Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El módulo de discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2009.
3. Barrios LF. La internación psiquiátrica por razón mental en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad* 2015; 57 (1): 45-60.
4. López A. El enfermo mental y la legislación penitenciaria. *Psiquiatría penitenciaria, perspectiva histórica y actual*. En: Delgado S, Maza JM, coordinadores. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Tomo V. *Psiquiatría Legal y Forense*. Barcelona: Bosch; 2013. p. 343-368.

5. Maza JM. Las medidas de seguridad aplicables a los inimputables. En: Delgado S, Maza JM, coords. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013. p. 369-389.
6. James D. England & Wales. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 178-197.
7. Edworthy R, Sampson S, Völlm B. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 2016; 47: 18-27.
8. Duke LH, Furtado V, Guo B, Vollm BA. Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 313-21.
9. Williams HK, Senanayake M, Ross CC, Bates R, Davoren M. Security needs among patients referred for high secure care in Broadmoor Hospital England. *BJPsych Open* 2020 Jul; 6(4): e55.
10. Osterheider M, Dimmek B. Germany. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 225-235.
11. Mateo EJ. La eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho penal comparado. Alemania, Italia, Francia. Madrid: Dykinson; 2007.
12. Hernández-Basualto H. Sistemas penales comparados. Las medidas de seguridad. Alemania. *Revista penal* 2008; 23: 218-221.
13. Roig M. Medidas de seguridad privativas de libertad: la regulación alemana y su reflejo en el proyecto de reforma del código penal español. *Indret* 4/2014.
14. Azoulay M, Raymond S, Bouchard JP, Fau-Vicenti V. Histoire et fonctions des Unites pour Malades Difficiles (1re partie). Du quartier de sûreté à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif, plus d'un siècle de prise en charge. *Annales Médico-Psychologiques* 2020; 178 (1): 72-80.
15. Lamothe P, Meunier F. France. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 215-224.
16. Fioritti A. Italy. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 260-271.
17. Lombroso C. Sull'istituzione dei manicomiali criminali. *Rivista di disciplina carcerarie* 1872: 105-126.
18. Fernández-Enteralgo J. Imputabilidad y peligrosidad. La posición del enfermo mental en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En: Pedraz S, director. Salud Mental y Justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en Derecho Civil y penal. La Peligrosidad. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1994. p. 139-280.
19. Lledó CL. Medidas cautelares a tomar en fase de instrucción respecto el enfermo mental presunto autor de una infracción penal. En: Martínez F, director. Cuadernos de Derecho Judicial: Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2006, p. 67-121.
20. Salinero F. La Situación Jurídica de los enfermos mentales sometidos a proceso penal. En: Pedraz S, director. Salud Mental y Justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en Derecho Civil y penal. La Peligrosidad. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1994, p. 281-298.
21. Maza JM. La necesaria reforma del Código Penal en materia de medidas de seguridad. Cuadernos de Derecho Judicial (Ejemplar dedicado a "Las penas y medidas de seguridad") 2006; 14: 15-47.

22. Fiscalía General del Estado. Memoria de la Fiscalía General del Estado. Madrid; 2001.
23. Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Informes, Estudios y Documentos. Madrid; 1991.
24. Calafell VJ. Los convenios entre Comunidades Autónomas. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2006.
25. Barrios LF. Los derechos fundamentales del enfermo mental. En: Delgado S, Maza JM, Coords. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013. p. 209-231.
26. Mangas A, directora, González LN, coordinador. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: comentario artículo por artículo. Bilbao: Fundación BBVA; 2008.
27. Valenti E, Barrios LF. Mental Health and Human Rights in Forensic Psychiatry in the European Union. En: Sadoff RL, editor. Ethical Issues in Forensic Psychiatry. Minimizing Harm. Chichester, West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2010, p. 35-55.
28. Lasagabaster I, editor. Convenio Europeo de Derechos Humanos: comentario sistemático. 2ª edic. Civitas/Thomson Reuters, Cizur Menor (Navarra), 2009.
29. Barrios LF. Los derechos del internado por razón penal en el ámbito del Consejo de Europa. En: Kraut AJ, dtor, Sosa GL, coord. Derechos humanos y salud mental. Una mirada interdisciplinaria. Tomo II. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni; 2020. p. 463-496.
30. Barrios LF. La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal. En: Jimeno M; Pérez-Gil J, coordinadores. Nuevos horizontes del Derecho Procesal. Libro-Homenaje al Prof. Ernesto Pedraz Penalva. Barcelona: Bosch; 2016, p. 493-518.
31. Cuenca P. La adaptación de la normativa penitenciaria española a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Informe propuesta. Madrid: Ediciones Cinca-Cermi; 2019.
32. Urruela A. Las medidas de seguridad y reincidencia social en la actualidad. Especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a afectos de anomalía o alteración psíquica. Granada: Comares; 2009.
33. Barrios LF. La Convención, un cambio de paradigma jurídico. La Ley española frente a la Convención. En: La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 39). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2016: p. 37-49.
34. Canimas J. Decidir por el otro a veces es necesario. En: La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 39). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2016: p. 13-31.
35. Alemany M. El paternalismo jurídico. Madrid: Iustel; 2006.

• Aceptado: 14/12/2020.