

ESTÁNDARES PENITENCIARIOS EUROPEOS SOBRE ENFERMEDAD MENTAL Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Por

CRISTINA RODRÍGUEZ YAGÜE
Profesora Titular de Derecho Penal
Universidad de Castilla-La Mancha

Revistas@iustel.com

Revista General de Derecho Penal 40 (2023)

RESUMEN: La enfermedad mental se ha convertido en uno de los mayores desafíos de los sistemas penitenciarios a nivel mundial. Las prisiones desempeñan un doble rol, como receptoras, pero también como generadoras de enfermedad mental, lo que explica su sobrerrepresentación entre la población penitenciaria. Y esa creciente preocupación por las implicaciones que tiene la enfermedad mental en prisión ha llevado a que, de forma paulatina, los estándares penitenciarios europeos hayan ido incorporando recomendaciones sobre cómo debe ser gestionada con una respuesta sanitaria apropiada para las personas privadas de libertad que padecen una enfermedad mental, pero también con la adecuación del sistema para que no agrave, ni tampoco genere, afección a la salud mental del conjunto de la población penitenciaria. Este trabajo recoge un detenido estudio sobre lo que ya se ha convertido en un sólido cuerpo de estándares penitenciarios europeos sobre salud y enfermedad mental en prisión.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad y salud mental; prisión; estándares penitenciarios europeos; Comité de Ministros del Consejo de Europa; Tribunal Europeo de Derechos Humanos; Comité Europeo para la Prevención de la Tortura; Unión Europea.

SUMARIO. 1. La creciente preocupación por la salud y la enfermedad mental en el derecho penitenciario europeo. 2. Los estándares sobre enfermedad y salud mental en prisión elaborados en el seno del Consejo de Europa. 2.1. Estándares del Comité de Ministros sobre enfermedad y salud mental. 2.1.1. El Comité de Ministros como motor de estándares penitenciarios. 2.1.2. Primeros estándares del Comité de Ministros para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales. 2.1.3. Estándares específicos del Comité de Ministros en relación con las personas con trastornos mentales en prisión. A) Las Reglas Penitenciarias Europeas; B) Las Reglas Europeas para los menores infractores sujetos a sanciones o medidas; C) Recomendaciones sobre asistencia sanitaria; D) El Libro blanco sobre enfermedad mental. 2.1.4. Los estándares del Comité de Ministros sobre condiciones de privación de libertad que pueden afectar a la salud mental. 2.1.5. El Proyecto de Recomendación sobre la Promoción de la Salud Mental y la Gestión de Personas con Trastornos Mentales por parte de los Servicios Penitenciarios y de Probation. 2.2. Estándares del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura sobre enfermedad y salud mental. 2.2.1. El papel de los estándares del CPT en la prevención de la tortura, el maltrato y las condiciones inadecuadas de cumplimiento. 2.2.2. Los estándares del CPT sobre asistencia sanitaria psiquiátrica. 2.2.3. Los estándares del CPT sobre condiciones de privación de libertad que pueden afectar a la salud mental. 2.3. Estándares del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre enfermedad y salud mental. 2.3.1. El alcance de la jurisprudencia del TEDH en la tutela de la salud mental en prisión. 2.3.2. La jurisprudencia del TEDH sobre enfermedad y salud mental. 3. Los estándares de la UE sobre enfermedad y salud mental. 3.1. La tardía atención de la UE al mundo penitenciario. 3.2. La enfermedad mental en las Resoluciones y Recomendaciones en materia penitenciaria del Parlamento Europeo. 3.3. La enfermedad mental en la Recomendación de la Comisión Europea sobre prisión provisional y condiciones de reclusión.

3.4. La salud mental en las Recomendaciones de la Red para la Sensibilización frente a la Radicalización.

EUROPEAN PRISON GUIDELINES ON MENTAL HEALTH AND DETENTION

ABSTRACT: Mental illness has become one of the greatest challenges for prison systems worldwide. Prisons play a dual role, both as recipients and as generators of mental illness, which explains their overrepresentation among the incarcerated population. The growing concern regarding the implications of mental illness in prison has gradually led to the incorporation of recommendations into European prison standards on how it should be managed with an appropriate healthcare response for incarcerated individuals suffering from mental illness. Additionally, it addresses the need for the system to avoid exacerbating or causing mental health issues for the entire prison population. This work presents a comprehensive study of what has already become a robust body of European prison standards on health and mental illness in prison.

KEY WORDS: Illness and mental health; prison; European prison guidelines; Committee of Ministers of the Council of Europe; European Court of Human Rights; European Committee for the Prevention of Torture; European Union.

1. LA CRECIENTE PREOCUPACIÓN POR LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL DERECHO PENITENCIARIO EUROPEO¹

La enfermedad mental es uno de los mayores problemas de salud pública en la sociedad actual. Pero también se ha convertido en uno de los mayores desafíos de los sistemas penitenciarios. Y si bien diferentes estándares penitenciarios europeos se han ido haciendo eco cada vez más de aspectos concretos de la atención sanitaria, se puede afirmar que es en las últimas dos décadas cuando ha ido cobrando una mayor atención.

¿Por qué es y por qué debe ser importante para los actores del Consejo de Europa, pero también de la UE, la salud y la enfermedad mental en los sistemas penitenciarios europeos?

En primer lugar, la atención de las personas que padecen una enfermedad mental y están sometidas a cualquier tipo de privación de libertad no voluntaria, también en el marco del sistema penal, está vinculada con el respeto al derecho a la vida (art. 2 CEDH) y a la dignidad y a la prohibición de penas o tratos inhumanos o degradantes (art. 3 CEDH), además de al respeto de todos los derechos y libertades fundamentales.

¹ Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto de Investigación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades “Exclusión social y sistema penal y penitenciario. Análisis y propuestas sobre tres realidades: inmigración y refugio, enfermedad mental y prisión” (PID2019-105778 RB-100) dirigido por Margarita Martínez Escamilla y del Proyecto del Plan Propio de Investigación de la Universidad de Castilla-La Mancha “Retos y desafíos de la salud mental en los centros penitenciarios de Castilla-La Mancha”, codirigido por Nicolás García Rivas y Cristina Rodríguez Yagüe.

En segundo lugar, el problema de la enfermedad mental en prisión es importante por su sobrerrepresentación en la población penitenciaria en relación con la población en general, tendencia que además no deja de incrementarse.

Y en esta situación, las prisiones son un espacio especialmente sensible, en tanto desempeñan un doble rol, como receptoras, pero también como generadoras de enfermedad mental. Esa doble posición aparece además vinculada a otros grandes problemas del sistema penitenciario europeo, que a su vez son objeto de preocupación de los distintos actores que generan estándares penitenciarios.

Efectivamente la prevalencia de la enfermedad mental en los sistemas penitenciarios se explica, primero, porque las prisiones son receptoras de personas que sufren enfermedades y trastornos mentales que bien no han sido diagnosticados, o que, de haberlo sido, no han sido tenidos en cuenta por el sistema penal y no se ha conseguido contener y evitar su entrada en prisión con una alternativa más adecuada a la pena privativa de libertad; en no pocos casos han desarrollado estas patologías debido a otras enfermedades y adicciones, o bien se encuentran vinculadas a situaciones de marginalidad y de ausencia de una red asistencial de salud mental².

Pero junto a ese rol, las prisiones también son generadoras de enfermedad mental o, en enfermedades preexistentes, pueden llegar a ser su desencadenante o a producir un agravamiento de las mismas. Y ese segundo papel que juegan las prisiones como generadoras de enfermedad mental está vinculado a otros grandes problemas del sistema penitenciario mundial, también del europeo, que preocupan de forma importante a los actores del Consejo de Europa: situaciones como el aislamiento en solitario, la sobrepoblación penitenciaria, el hacinamiento y las condiciones inadecuadas de vida en prisión, el cumplimiento en lugares alejados del entorno familiar o el padecimiento de violencia en prisión pueden sin duda ser un detonante de la enfermedad mental o un agravamiento de ella.

Por último, en tercer lugar, también la enfermedad es objeto de preocupación más reciente, ya no solo en el marco del Consejo de Europa sino particularmente en el de la UE, por su posible vinculación con otros problemas relacionados ya con la seguridad global, ya con la cooperación judicial. Así, por un lado, existe una preocupación creciente en algunos organismos de que la enfermedad mental pueda estar vinculada a procesos

² Identificaban la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC) como factores que explican la alta prevalencia de los trastornos mentales en la población penitenciaria de todos los países del mundo por la generalizada idea errónea de que todas las personas con trastorno mental son un peligro para la sociedad; por la falta de tolerancia generalizada en muchas sociedades hacia comportamientos difíciles o perturbadores; por la ausencia de promoción de tratamientos, cuidados y rehabilitación; y, sobre todo, por la inexistencia de acceso o un acceso deficiente en muchos países a los servicios de salud mental Hoja informativa "Mental Health and Prisons", 2005.

de radicalización y extremismo violento dentro de la prisión³. Y, por otro, la enfermedad mental, y, en concreto, la ausencia de su tratamiento o una gestión inadecuada por un sistema penitenciario nacional pueden llegar a ser un elemento que entorpezca la cooperación judicial si se entiende que puede existir un riesgo de que la persona que sea entregada a través de una euroorden, por ejemplo, vaya a ser sometida a un trato que podría ser calificado de inhumano o de degradante.

El abordaje de la salud mental en prisión, por tanto, presenta varias dimensiones. Por un lado, y en cuanto a las personas que padecen una enfermedad mental, plantea la necesidad de una respuesta sanitaria adecuada, tanto en cuanto al lugar en el que debe ser prestada, como en los medios, el personal y, por supuesto, los tratamientos apropiados. Pero, por otro, desde una estrategia preventiva, y en la que se incorpora el cuidado de la otra dimensión, la salud mental, requiere de un enfoque global, que alcance a la configuración del sistema penitenciario, tanto desde las condiciones materiales de vida, como de la gestión de los aspectos regiminales y tratamentales, de tal manera que se responda en cada uno de estos aspectos de manera adecuada tanto a las personas que en sí padecen una enfermedad mental, y que se prevenga la afección que el encarcelamiento y la configuración del sistema pueda producir en la salud mental de cualquier persona privada de libertad.

Y esa posibilidad de abordaje desde distintos planos de la salud y la enfermedad mental en prisión también la encontramos en los estándares penitenciarios europeos que durante las últimas tres décadas se han ido desarrollando fundamentalmente en el marco del Consejo de Europa, aunque no sólo, hasta consolidarse en un importante y sólido cuerpo normativo de *soft-law*⁴. Si bien los elaborados en un primer momento atendían especialmente a esa dimensión reactiva de una asistencia sanitaria adecuada, construida sobre el principio de equivalencia de cuidado, con posterioridad la preocupación por el impacto que sobre la salud mental pueden tener distintas situaciones que se dan en prisión, así como las necesidades y problemáticas específicas de determinados grupos, han ido incorporándose a los estándares penitenciarios de una manera transversal. Por tanto, se debe configurar un sistema que responda adecuadamente a la persona con enfermedad mental pero también que no agrave, y por supuesto que no genere, afección a la salud mental.

³ Más detenidamente sobre cómo las prisiones se han convertido en un pilar para la estrategia preventiva contra el terrorismo internacional, RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: *Las prisiones como estrategia frente al desafío del terrorismo, la radicalización y el extremismo violento*. Iustel, Madrid, 2022.

⁴ Con razón afirma BARRIOS FLORES, L., que Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental. "Derechos Humanos y salud mental en Europa". *Norte de Salud mental*, vol. VIII, nº 36, 2010, p. 55.

2. LOS ESTÁNDARES SOBRE ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL EN PRISIÓN ELABORADOS EN EL SENO DEL CONSEJO DE EUROPA

2.1. Estándares del Comité de Ministros sobre enfermedad y salud mental

2.1.1. El Comité de Ministros como motor de los estándares penitenciarios

El Comité de Ministros, órgano de carácter ejecutivo del Consejo de Europa compuesto por los Ministros de Exteriores de los 46 países que actualmente lo conforman⁵, es el mayor motor de generación de la política penitenciaria en Europa. El principal vehículo de las iniciativas del Consejo de Europa en materia penitenciaria con una perspectiva específicamente europea son sus Resoluciones, que posteriormente pasarían a ser denominadas Recomendaciones⁶. Configuradas para servir de guía clara a los gobiernos nacionales y a sus administraciones penitenciarias y agencias de *probation* sobre cómo articular las condiciones de encarcelamiento y la aplicación de las medidas alternativas a la privación de libertad, su voluntad es la elaboración de un conjunto de estándares que representen las condiciones mínimas exigibles en todos los Estados miembros, de tal manera que permitan estandarizar las políticas penitenciarias de los países europeos y posibilitar la creación de normas y prácticas comunes⁷. Son, pues, la expresión del alto nivel de compromiso común alcanzado entre los gobiernos, puesto el Comité de Ministros trabaja en estrecha colaboración con la Asamblea Parlamentaria, compuesta por representantes de cada Estado miembro⁸.

En tanto Recomendaciones, no tienen un carácter jurídico vinculante. Pero pese a esa naturaleza de *soft law*⁹, su alcance y posibilidad de incidencia en las legislaciones y

⁵⁵ Tras la expulsión de la Federación Rusa decidida por el Comité de Ministros el 16 de marzo de 2021 en aplicación del artículo 8 del Estatuto del Consejo de Europa, en respuesta a la invasión militar en Ucrania.

⁶ VAN ZYL SMIT, D., SNACKEN, S.: *Principios de Derecho y Política Penitenciaria Europea*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, p. 54.

⁷ LÓPEZ LORCA, B.: "Principios generales del Derecho penitenciario europeo". *Derecho Penitenciario. Enseñanza y Aprendizaje*. 2º edición. De Vicente Martínez, R. (dir). Tirant lo Blanch, Valencia, 2023, p. 447.

⁸ MURDOCH, J.: *The treatment of prisoners. European standards*. Council of Europe Publishing, 2006, pp. 33 y ss.

⁹ Heredero de la configuración de consenso que marcó el nacimiento del Consejo de Europa que, además, como señalado LEZERTÚA RODRÍGUEZ, M., le permite alcanzar, o al menos intentarlo, de una forma más flexible, rápida y eficaz los fines de armonización de la respuesta jurídica de la materia sobre la que verse cada Recomendación. "El espacio jurídico del Consejo de Europa". *La obra jurídica del Consejo de Europa*. Fernández Sánchez, P.A. (ed). Gandulfo Editores, Sevilla, 2010, p. 8.

prácticas nacionales es muy relevante y no ha dejado de consolidarse¹⁰. Su relevancia ha ido incrementándose, ya no sólo, que también, en tanto expresión del consenso de los distintos países que conforman el Consejo de Europa, sino también en su interacción con el resto de actores que generan estándares en materia penitenciaria, puesto que cada vez son más tenidas en cuenta por las decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en la evaluación de las posibles vulneraciones del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) producidas a personas privadas de libertad, al tiempo que las Recomendaciones se nutren tanto de la jurisprudencia de éste y de los estándares creados por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) en sus visitas, como órgano preventivo, a los lugares de privación de libertad bajo la autoridad pública, quien también asimismo ha ido incorporando paulatinamente los estándares trabajados por el Comité de Ministros y la jurisprudencia del TEDH en los suyos propios¹¹. Pero, entre todos estos estándares, son las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa las que tienen una vocación más claramente generalista.

De entre todas las Recomendaciones y Resoluciones que desde la década de los años sesenta del pasado siglo ha adoptado el Comité de Ministros¹², las Reglas Penitenciarias Europeas (RPE)¹³ reflejan la voluntad del Consejo de Europa de construir un modelo europeo de estándares penitenciarios. En cualquier caso, estas RPE no son sino el punto de partida de una activa labor en la adopción de Recomendaciones que tienen por objeto desarrollar, y mejorar, aspectos concretos de la vida en prisión, atender a las especificidades que plantean diversas categorías de internos, lograr el uso mínimo

¹⁰ Además de existir, como mínimo, deberes de información por parte del Estado, puesto que el Comité de Ministros puede requerir información sobre los desarrollos de las mismas, además de preverse la posibilidad de realizar inspecciones a los países para comprobar su puesta en práctica. Más detenidamente sobre ello, RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "Las prisiones en un mundo global: estándares europeos de Derecho penitenciario". *Ius Puniendi y Global Law. Hacia un Derecho penal sin Estado*. Nieto Martín, A., García Moreno, B. (dirs). Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 559 y ss.

¹¹ *Ibidem*, pp. 594 y ss.

¹² En concreto, 23 Recomendaciones, desde la Recomendación (79) sobre la aplicación del Convenio Europeo en la supervisión de los condenados condicionales o de los liberados condicionales hasta la, de momento, última Rec (2021) referida a la evaluación, gestión y reintegración de personas acusadas o condenadas por un delito sexual, así como 3 Resoluciones adoptadas en los años 60 y 70.

¹³ Construidas sobre la base de las Reglas de Estándares mínimos sobre trato de reclusos - Resolución (73) 5-, que pretendían trasladar y europeizar las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos adoptadas en Ginebra en 1955, y a la que sucederían las Reglas Penitenciarias Europeas de 1987, que nacen con la voluntad de acomodarlas a la evolución de la sociedad y a los cambios acontecidos en el tratamiento de los internos y de la Administración penitenciaria y las actuales de 2006, recientemente revisadas en 2020.

de la prisión y la búsqueda de alternativas penitenciarias¹⁴ y que requieren de una lectura conjunta con aquéllas.

La atención a la salud y a la enfermedad mental está presente tanto en las RPE como en numerosas recomendaciones que, bien directamente se dirigen a la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales en general y a su gestión cuando se encuentran privadas de libertad, bien tienen por finalidad generar estándares sobre cuestiones muy diversas de la privación de libertad, pero en las que cada vez más se han ido incorporando indicaciones para la actuación respecto a las personas con trastornos mentales en prisión. Así, podemos encontrar en los estándares del Comité de Ministros sobre asistencia sanitaria penitenciaria tres tipos de Recomendaciones: aquellas que nacen como modelo de mínimos de cumplimiento y garantía para las personas privadas de libertad, como son las RPE o las Reglas Europeas para los menores infractores sujetos a sanciones o medidas; aquellas que van dirigidas exclusivamente a la organización de la asistencia sanitaria, también la psiquiátrica; y, en tercer lugar, aquellas que, de forma transversal, han ido incorporando previsiones sobre salud y enfermedad mental.

Sin duda el Comité de Ministros está a punto de dar un importante paso más allá en la respuesta a los retos y necesidades específicas la enfermedad mental de las personas privadas de libertad pues en este momento está en fase de elaboración una Recomendación dirigida específicamente a asentar las bases para la gestión de las personas con enfermedad mental en prisión o bajo los servicios de *probation*, sobre la base del Libro Blanco sobre enfermedad mental elaborado por el Comité Europeo de Problemas Criminales (CDPC) y publicado en 2023.

2.1.2. Primeros estándares del Comité de Ministros para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales

En 2004, el Comité de Ministros aprueba su Recomendación relativa a la protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas con trastornos mentales¹⁵. Esta Recomendación nace con el objetivo de mejorar la protección de la dignidad y de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas que padecen trastornos mentales, especialmente de las que están sujetas a internamiento o tratamiento involuntarios (art. 1). Para ello, además de prohibir cualquier forma de discriminación basada en los trastornos mentales que padezca la persona (art. 3) y de

¹⁴ Destacan VAN ZYL SMIT, D., y SNACKEN, S., que tanto las RPE como el resto de Recomendaciones son el resultado de la labor codificadora del derecho y política penitenciaria europea. *Principios de Derecho y Política Penitenciaria Europea*, ob. cit., p. 544.

¹⁵ Adoptada el 22 de septiembre de 2004.

establecer que las personas con trastornos mentales deberían tener derecho a ejercer todos sus derechos civiles y políticos, que sólo podrán ser restringidos de conformidad a lo establecido en el CEDH y nunca sólo por el simple hecho de su trastorno (art. 4), recoge los principios que deben regir la actuación de los Estados en el respeto de sus derechos y en la provisión de la asistencia sanitaria, estableciendo las garantías y limitaciones para el internamiento y el tratamiento no voluntario en establecimientos o unidades psiquiátricas y los derechos de las personas que se vean sometidas a tal decisión.

Si bien esta Recomendación tiene una vocación general, sí incorpora ya una serie de previsiones para las personas con problemas mentales que están en prisión. Es en su capítulo VI, referido a la implicación del sistema de justicia penal, en el que se ocupa de las cuestiones que plantea esa tutela de la dignidad y de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en la actuación de la policía (art. 32), cuando son arrestados (art. 33) o en la actuación de las autoridades judiciales (art. 34). Es su artículo 34 el que se refiere a las personas con trastorno mental que se encuentran en las instituciones penales. Como aclara el Informe explicativo que acompaña a la Recomendación, incluye tanto a las prisiones, como a centros de detención preventiva y a otras instituciones penales¹⁶.

Traslada en primer lugar ese principio de no discriminación a este ámbito, afirmando que las personas con trastorno mental no deben ser objeto de discriminación en las instituciones penales. Y lo refiere, en concreto, al principio de equivalencia de cuidado que debe ser respetado en la atención médica que requiera la persona en condiciones similares a las ofrecidas en el exterior¹⁷.

Plantea, en segundo lugar, el deber de trasladarlas de esas instituciones penales al hospital si así lo requieren sus necesidades sanitarias. De manera más desarrollada, refiere el Informe explicativo que si el interno con trastorno mental -o su representante legal- considera que la asistencia prestada en la institución penal no es adecuada para su condición o que incluso es incompatible con su permanencia en la institución penal, debería poder solicitar un cuidado adecuado o el traslado y, de ser denegados, poder plantear un recurso¹⁸.

¹⁶ Parágrafo 246.

¹⁷ Señala en este sentido el Informe, citando los estándares del CPT en el sentido en el que el servicio de asistencia sanitaria de la prisión debe poder ofrecer tratamiento médico y de enfermería en condiciones comparables a las que disfrutaban los pacientes en el exterior, concretando en este caso que habrá que adaptar en consecuencia aspectos como el personal médico, farmacéutico, de enfermería y técnico, así como las instalaciones, edificios y equipamiento; Parágrafo 249.

¹⁸ Parágrafo 251.

Además, este Informe es categórico al señalar que el tratamiento involuntario del trastorno mental no debe ser realizado en las instituciones penales, salvo en el caso de unidades hospitalarias o unidades médicas adecuadas para ello¹⁹. Matiza en todo caso diferenciando entre dos situaciones distintas que pueden darse en los casos de tratamiento involuntario administrado en una institución penal: aquellos en los que la persona se somete al tratamiento, en los que podrá administrarse en una unidad médica adecuada, y aquellos otros en los que lo rechaza de forma activa, supuesto en el que sólo podrá ser administrado en una unidad hospitalaria adecuada para el tratamiento de trastornos mentales²⁰.

En tercer lugar, señala que estas personas deben tener disponibles las opciones de tratamiento terapéutico adecuadas. Como desarrolla el Informe explicativo, esas opciones deben incluir programas terapéuticos para internos con trastorno de personalidad, aunque no se deba asumir que todos deseen o puedan beneficiarse de ellos²¹.

Por último, la Recomendación requiere de la existencia de un sistema de supervisión independiente para el tratamiento y el cuidado de las personas con trastorno mental que estén en estas instituciones penales. Este organismo, como explica el Informe, debe ser independiente de las autoridades penitenciarias²².

Y aunque la Recomendación no establezca en este punto nada al respecto sobre medidas restrictivas que pueden darse en la gestión de estas personas con trastorno mental en prisión, como el aislamiento o las contenciones, sí clarifica este Informe la proyección también a este ámbito de lo establecido como regla general en sus artículos 203 y 204²³.

En concreto, es el artículo 27 de la Recomendación el que se refiere a las garantías que deben cumplirse en la ampliación de ambas medidas que, en todo caso, sólo podrán ser utilizadas en instalaciones adecuadas y conforme al principio de intervención mínima y de proporcionalidad, para prevenir un daño inminente en la persona o en otros²⁴. Estas medidas sólo podrán ser usadas bajo supervisión médica, tendrán que ser

¹⁹ Parágrafo 251.

²⁰ Añade que serán los Estados los responsables para decidir si las unidades hospitalarias de las instituciones penales son adecuadas para el tratamiento de trastornos mentales, debiendo considerar, en esa decisión, si es posible brindar atención de acuerdo a lo establecido sobre estas unidades en la presente Recomendación. En todo caso señala que deben estar registradas y ser supervisadas por un organismo nacional adecuado; parágrafo 252.

²¹ Parágrafo 249.

²² Así, su parágrafo 255, planteando la conveniencia de combinar ese sistema con el propuesto para garantizar la supervisión y la calidad que plantea la propia Recomendación en su capítulo VII.

²³ Parágrafo 254.

²⁴ Si bien excluye de su aplicación a las medidas de contención de breve duración.

documentadas de forma adecuada, debiendo quedar registrado tanto en un registro como en el expediente médico las razones de su adopción y la duración de estas medidas. Además, la persona sometida a cualquiera de ellas debe ser periódicamente supervisada²⁵.

Cinco años después de esta primera Recomendación relativa a la protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas con trastornos mentales, el Comité de Ministros aprobó su Recomendación (2009) 3 sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales²⁶, en la que incorpora una lista de verificación del cumplimiento de los distintos principios incorporados en aquella²⁷, con ejemplos de posibles medidas que pueden ser adoptadas, de tal manera que permita el desarrollo de instrumentos para supervisar y determinar el nivel de cumplimiento de la Recomendación del 2006. Entre las preguntas, una se refiere a prisión: para evaluar si se cumple el mandato de no discriminación, se incorpora al *checklist* el indicador de si hay un acceso equitativo a la atención para las personas con trastornos mentales que se encuentran privadas de libertad en prisión o en el sistema penal.

2.1.3. Estándares específicos del Comité de Ministros en relación con las persona con trastornos mentales en prisión

Sobre esta base, el Comité de Ministros ha ido incorporando, de forma paulatina, referencias e indicaciones a la salud mental y a la actuación respecto a las personas con trastornos mentales que están en prisión. Podemos encontrar los estándares del Comité de Ministros sobre asistencia sanitaria psiquiátrica en dos tipos de recomendaciones: por un lado, aquellas que nacen como modelo de mínimos de cumplimiento y garantías para las personas privadas de libertad, como son las Reglas Penitenciarias Europeas para los menores infractores sujetos a sanciones o medidas, y, por otro, las recomendaciones que van dirigidas exclusivamente a la organización de la asistencia sanitaria, también la

²⁵ Concreta el Informe explicativo que la utilización de estas medidas no puede ser debida a motivos relacionados con los trastornos mentales, sino, por ejemplo, por necesidades de mantenimiento del orden en la institución o para la prevención de una fuga, añadiendo que este uso está fuera del alcance de esta Recomendación, pero subrayando que en todo caso las personas con trastornos mentales no deberían ser objeto de discriminación en su uso; parágrafo 204.

²⁶ Aprobado en fecha de 20 de mayo de 2009.

²⁷ En concreto, del principio de no discriminación; del reconocimiento de los derechos civiles y políticos; de la promoción de la salud física y mental; de la protección de las personas vulnerables; de la calidad de las condiciones de vida, servicios y tratamiento; de la opción por la alternativa menos restrictiva; de la calidad del marco legal para la salud mental, su implementación y seguimiento; y de la necesidad de tener en cuenta los derechos y necesidades de las personas cercanas a quienes padecen trastornos mentales.

psiquiátrica. Un tercer grupo es el de aquellas que, de forma transversal, puesto que se ocupan de estos problemas o situaciones, han ido incorporando en sus textos previsiones sobre salud mental.

Todas ellas son la base sólida sobre la que actualmente se está trabajando en la elaboración de una Recomendación específica, dirigida a asentar las directrices sobre la gestión de las personas con enfermedad mental en prisión o bajo los servicios de *probation*.

A) Las Reglas Penitenciarias Europeas

Desde su primera versión, la Resolución (73) 5, con las Normas Mínimas para el Tratamiento de los reclusos²⁸ a la última, la Recomendación (2006) 2, revisada en 2020, las Reglas penitenciarias europeas del Consejo de Europa se han referido a la enfermedad mental, ya en lo relativo a los establecimientos o unidades para el destino de los enfermos mentales que no deban o no puedan estar en un centro ordinario, a la necesaria y adecuada asistencia sanitaria -incluyendo la detección de la enfermedad mental- y al personal especializado para su tratamiento, ya en la previsión de algunas circunstancias en las que deba ser tenida en cuenta la enfermedad en la gestión de las personas privadas de libertad.

Así, las Normas mínimas de 1973 se refieren a la enfermedad mental, además de como uno de los criterios de distribución de las personas privadas de libertad entre los diferentes centros o instituciones penales²⁹, al establecer las indicaciones sobre los servicios médicos, señalando que tendrán que incluir un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, en los casos apropiados, para el tratamiento de los estados de "anormalidad mental"³⁰. También señalan la necesidad de un examen médico en el ingreso, y después, de ser necesario, para descubrir las enfermedades físicas o mentales y la detección de problemas físicos o mentales que puedan obstaculizar la reinserción³¹. Asigna al médico el cuidado tanto de la salud física como la mental de todos los reclusos, indicando también la obligación de informar al director de los casos en los que la salud física o mental haya sido o pueda ser perjudicada debido a la continuación del encarcelamiento o a cualquier condición de la prisión³². Y apunta que,

²⁸ Adoptada por el Comité de Ministros el 19 de enero de 1973.

²⁹ Así, entiende que se tendrá en cuenta su situación judicial, su condición física o su condición mental -diferenciando entre "*normal or abnormal*"), además del sexo, edad y, en los penados, las necesidades específicas de tratamiento (parágrafo 7).

³⁰ Parágrafo 21.

³¹ Parágrafo 24.

³² Parágrafo 25.

en la medida de lo posible, el personal en prisión incluirá el suficiente número de especialistas entre los que cita expresamente a psicólogos y psiquiatras³³. Ya en su parte segunda dedica un apartado específico a los que categoriza como “prisioneros insanos y mentalmente anormales”, para los que requiere que sean trasladados a establecimientos adecuados para enfermos mentales, la existencia de instituciones especializadas o secciones bajo supervisión médica para la observación y tratamiento de los internos que sufran gravemente de enfermedades mentales “o anormalidades”, además del deber de garantizar el tratamiento psiquiátrico a todos los que lo necesiten y la continuidad del mismo tras la liberación³⁴.

En 1987 el Comité de Ministros aprueba la primera versión de las Reglas Penitenciarias Europeas³⁵, revisando y europeizando las Reglas mínimas que había adoptado en 1973. En ellas, al referirse a los servicios médicos, reitera la necesidad de que exista un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, en su caso, tratamiento de los estados de “anormalidad mental” y del examen inicial para descubrir enfermedad física o mental al ingreso³⁶, la labor de cuidado de la salud física y mental de los internos por parte del responsable médico y su obligación de información al director ante afecciones a la salud física o mental por el continuo encarcelamiento o condiciones de la prisión³⁷. Sí incorpora ya una regla, la 32, para asociar la labor de los servicios médicos al proceso de reinserción, estableciendo que deberán detectar y tratar cualquier enfermedad física, mental o defecto que pueda dificultar la reintegración de la persona tras su liberación, para lo que deberán disponerse con ese objetivo todos los servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios, incluidos los disponibles en la comunidad³⁸. En su Parte V, en la que ofrece reglas adicionales para categorías especiales, reitera bajo la regla 100 las previsiones para los “prisioneros insanos y mentalmente anormales” que recogían las Normas de 1973.

³³ Parágrafo 49.

³⁴ Parágrafo 82.

³⁵ Adoptadas por el Comité de Ministros el 12 de febrero de 1987: Recomendación R (87) 3.

³⁶ Añadiendo que servirán para registrar los “defectos físicos o mentales” que podrían dificultar su reintegración tras su liberación, además de para adoptar medidas necesarias para el tratamiento médico, la segregación de los sospechosos de padecer enfermedades infecciosas o contagiosas, la determinación de la aptitud para trabajar; parágrafos 26 y 29. En cambio, las referencias a la enfermedad mental en la ubicación de internos desaparecen a favor de la expresión más general de las necesidades médicas (regla 11).

³⁷ Parágrafo 30.

³⁸ También mantiene, en su regla 57, el deseo de que en la medida de lo posible el personal incluya un número suficiente de especialistas, entre los que señala expresamente a los psiquiatras y psicólogos.

Fue en 2006 cuando el Comité de Ministros del Consejo adoptó las nuevas Reglas Penitenciarias Europeas³⁹, que recientemente han sido revisadas y modificadas el 1 de julio de 2020. Es en las reglas que se refieren a su ámbito de aplicación donde se recoge que “las personas que sufran enfermedades mentales o cuyo estado de salud mental sea incompatible con la estancia en prisión deberán ser ingresadas en establecimientos especialmente diseñados para ello (regla 12.1), y que, en el caso excepcional de que estas personas estén ingresadas en una prisión, su situación y sus necesidades deberán regirse por reglas especiales (regla 12.2).

En las reglas referidas al ingreso, se incluye entre las informaciones que deben ser consignadas sobre cada interno de forma inmediata toda la información relativa a la salud del detenido que resulte relevante para su propio bienestar físico y mental y para el de otros, teniendo siempre en cuenta las exigencias propias de la confidencialidad médica (regla 15.1)⁴⁰. Es en su tercera parte, dedicada a la salud, en la que, tras reiterar que los servicios médicos de prisión deben detectar y tratar las enfermedades físicas o mentales y proporcionar para ello todos los servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios (regla 40), insta a que en el reconocimiento por el médico -o enfermero cualificado que de él dependa- se preste especial atención, entre otros aspectos, al diagnóstico de las enfermedades físicas y mentales y a las medidas necesarias para su tratamiento o para la continuación de uno ya existente y a la identificación de los problemas de salud física y mental que puedan obstaculizar la reinserción social tras la liberación, instando a la adopción de acuerdos con los servicios en el exterior para que puedan continuar su tratamiento médico o psiquiátrico en libertad si media su consentimiento⁴¹. Además de prever las visitas a los enfermos o lesionados -y a los que lo hayan solicitado- del médico en su función de supervisión de la salud física y mental⁴², se llama a prestar especial atención a la salud de los internos en condiciones de aislamiento en celda (regla 43). En todo caso, como en las versiones anteriores, se refiere la necesidad de que el médico presente un informe al director si aprecia que la salud física o mental está siendo puesta en riesgo serio por el mantenimiento de la privación de libertad o por las condiciones de encarcelamiento, añadiendo entre éstas en la versión de 2006, la referencia expresa al aislamiento celular.

³⁹ Recomendación (2006) 2, adoptada el 11 de enero de 2006.

⁴⁰ Información sobre la salud del interno que deberá ser completada, tan pronto sea posible tras el ingreso, a través de un examen médico de acuerdo con lo establecido en la regla 42.

⁴¹ Así como a la identificación de toda presión psicológica debida a la privación de libertad.

⁴² Incorporando en 2020 la previsión de que se realice bajo las condiciones y frecuencia que los estándares sanitarios refieren para el exterior.

Es en la revisión que se realiza en 2020 cuando se recoge también el derecho de acceso a los registros médicos y a otros registros, salvo a los que estén restringidos por la legislación nacional por motivos de seguridad, y el derecho a recibir una copia de los mismos si lo solicitan (regla 16 A 4).

Las RPE dedican la regla 47 a la salud mental. En ella se señala que deberán estar disponibles prisiones especializadas o bien secciones especiales, bajo control médico, para la observación y el tratamiento de los internos que sufran trastornos mentales o anomalías -que no necesariamente se ajustan a las disposiciones contenidas en la regla 12⁴³. Establece además que el servicio médico de la prisión debe proporcionar tratamiento psiquiátrico a todos los internos que lo requieran, prestando una atención especial a la prevención del suicidio.

En su versión de 2020, las Reglas se refieren a la necesidad de tener en cuenta el impacto de la enfermedad mental, ya en la regulación sobre la seguridad en prisión (Parte IV), en el aislamiento y separación de otros internos, procediendo a suspenderlos o sustituirlos por una medida menos lesiva si se detecta que está afectando negativamente a la salud física o mental del interno⁴⁴; ya en la adopción del aislamiento en solitario como castigo, prohibiendo que se imponga a internos con discapacidades mentales o físicas si su condición se va a ver empeorada por ello; y, de haberse impuesto, instando a su suspensión si la condición mental o física ha empeorado (regla 60). Por último, y al referirse en su parte V a la dirección y personal penitenciario, las RPE de 2006 nuevamente reiteran que en la medida de lo posible se debe contar con un número suficiente, entre otros especialistas, de psiquiatras y psicólogos (regla 89.1)⁴⁵.

B) Reglas Europeas para los menores infractores sujetos a sanciones o medidas

En las Reglas Europeas para los menores infractores sujetos a sanciones o medidas⁴⁶, como uno de los principios básicos referido a la imposición y aplicación de las

⁴³ Esto es, aquellas cuya enfermedad o estado de salud mental sea incompatible con la estancia en una prisión.

⁴⁴ Decisión que debe adoptarse teniendo en cuenta el estado de salud y las discapacidades que puedan hacerlo más vulnerable a los efectos adversos del aislamiento (regla 53, versión 2020).

⁴⁵ Ya en la parte VIII, referida a los penados, señala que aquellos que no hayan alcanzado la edad de jubilación podrán ser requeridos para a la obligación de trabajar, teniendo en cuenta su aptitud física y mental conforme a lo establecido por el médico. Y al hablar sobre las mujeres, la versión de 2020 de las RPE desarrolla las previsiones contenidas en sus versiones anteriores (regla 34), instando a que las autoridades presten especial atención a sus necesidades físicas, profesionales, sociales y psicológicas y a que hagan esfuerzos especiales para proteger a las que hayan sufrido abuso físico, mental o sexual, proporcionándoles servicios especializados.

⁴⁶ Rec (2008) 11, adoptada por el Comité de Ministros el 5 de noviembre de 2008. Su ámbito de aplicación es amplio, por lo que ya como presupuesto a las reglas establecidas en el documento se recoge la recomendación a los gobiernos de los Estados miembros de que se aseguren de que

medidas a los jóvenes infractores⁴⁷, se señala que deberá tenerse en cuenta, entre otras circunstancias, el bienestar físico y mental, según lo determinado, de ser necesario, por informes psicológicos, psiquiátricos o sociales⁴⁸, prohibiendo que las sanciones o medidas sean ejecutadas de forma que agraven su naturaleza aflictiva o que impliquen un riesgo indudable para la salud física o mental⁴⁹. Entiende con razón el Comité de Ministros que es un colectivo muy vulnerable, por lo que requiere que las autoridades protejan su integridad física y mental, fomenten su bienestar y presten especial atención a las necesidades de quienes hayan sufrido abuso físico, mental o sexual⁵⁰. Por todo ello, las Reglas refieren que la salud mental también debe ser tenida en cuenta en aspectos como el ingreso⁵¹, en su evaluación inicial⁵², o en la planificación de la intervención y oferta de actividades que debe ser garantizada a los menores privados de libertad⁵³. Esa protección de la integridad física y mental deberá guiar también la selección del lugar en el que va a ser ingresado⁵⁴, advirtiendo en todo caso que los menores que padezcan enfermedades mentales y tengan que estar privados de libertad deberán estarlo en instituciones de salud mental⁵⁵. De la clásica regla de la separación entre hombres y mujeres en centros o unidades excluye la necesidad de su aplicación en las instituciones de salud mental o de asistencia social⁵⁶.

sea traducida, junto al comentario que la acompañe, y difundida de forma amplia de tal manera que llegue también, entre otras instituciones, además de a las penitenciarias, a las de bienestar y salud mental que contengan a menores infractores y a su personal.

⁴⁷ Entendiendo por tales los menores de 18 años y por adultos jóvenes infractores los que se encuentran en el rango 18 a 21 años; regla 21.

⁴⁸ Junto a la edad, desarrollo, capacidades y circunstancias personales; regla 5.

⁴⁹ Parágrafo 8. En cambio, todavía no introduce la salud -ni específicamente la mental- como circunstancia de discriminación prohibida expresamente en el mandato que prohíbe que las sanciones o medidas se impongan o se apliquen de forma discriminatoria por motivos de sexo, raza, color, lengua, religión, orientación sexual, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional o social, pertenencia minoría nacional, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición; regla 11.

⁵⁰ Regla 52.

⁵¹ Debiendo recogerse, entre otra información, la referida a riesgo de autolesión y a las condiciones de salud que sean relevantes para el bienestar físico y mental propio y de los otros; regla 62.

⁵² Estableciendo que tan pronto como sea posible el menor sea entrevistado y se realice un primer informe psicológico, educativo y social en el que se identifiquen los factores relevantes para el tipo y nivel de atención e intervención que requiera; Regla 62.

⁵³ Estableciendo su regla 50 que las actividades e intervenciones deberán fomentar la salud física y mental y la autoestima, además del sentido de la responsabilidad y el desarrollo de habilidades que prevengan la reincidencia.

⁵⁴ Regla 54.

⁵⁵ Regla 57.

⁵⁶ Añadiendo que en los casos en los que jóvenes hombres y mujeres estén separados debería permitírseles participar de forma conjunta en las actividades que se programen; regla 60.

La salud, y también la mental, tiene un espacio propio en estas Reglas para jóvenes. Lo tienen en dos planos. En primer lugar, al ocuparse de la salud, remiten primero a lo establecido en los instrumentos internacionales sobre asistencia sanitaria para la salud física y mental de los adultos, que será aplicable también a los menores privados de libertad⁵⁷, señalando que deberá prestarse especial atención a la prevención del suicidio y de autolesiones y, entre otros colectivos especialmente vulnerables, a los que tengan problemas de salud física y mental y a los que hayan sufrido abusos físicos, mentales o sexuales⁵⁸. Pero, en segundo lugar, en su parte especial, contiene tres reglas específicas referidas a las instituciones mentales⁵⁹. En ellas se establece, primero, que los menores delincuentes que se encuentren internados en instituciones de salud mental deben recibir el mismo trato general que el recibido por los menores que en ellas se encuentran, así como tener el mismo régimen de actividades que el resto de menores privados de libertad. En cuanto al tratamiento de su problema de salud mental, señalan que deberá determinarse únicamente en base a motivos médicos, ajustarse a los estándares nacionales en esta materia y cumplirá con los principios contenidos por los instrumentos internacionales de referencia. Por último, establecen que las normas relativas a la seguridad y a la protección respecto a estos jóvenes delincuentes deben estar determinadas principalmente por motivos de naturaleza médica.

C) Recomendaciones sobre asistencia sanitaria

Además de referirse a la asistencia sanitaria en estos cuerpos “normativos” en los que el Consejo de Ministros marcan una propuesta, de mínimos, para la gestión de las personas privadas de libertad por parte de las administraciones penitenciarias europeas, también se ha ocupado específicamente de esta cuestión en una de sus dos Recomendaciones en materia sanitaria⁶⁰; en concreto, en la Recomendación R (98) 79 sobre los aspectos éticos y organizativos de la atención médica en prisiones⁶¹. En su primera parte, esta Recomendación aborda y desarrolla las dimensiones principales del derecho a la salud en prisión. Se refiere en primer lugar, al derecho a la asistencia

⁵⁷ Regla 60.

⁵⁸ Reglas 70 y 73.

⁵⁹ Reglas 117 a 119.

⁶⁰ La otra, que es anterior - la Recomendación (93) 6 relativa a los aspectos penitenciarios y criminológicos del control de las enfermedades transmisibles incluido el VIH y a los problemas relacionados de salud en la prisión, adoptada por el Comité de Ministros el 18 de octubre de 1993- se refiere en exclusiva a estas enfermedades.

⁶¹ Adoptada por el Comité de Ministros el 8 de abril de 1998.

médica⁶², señalando expresamente que en esa evaluación inicial en el momento de ingreso se debe prestar especial atención a los trastornos mentales⁶³, así como la debida garantía del acceso a consultas y asesoramiento psiquiátrico, debiendo haber un equipo psiquiátrico en las instituciones penales más grandes y, de no ser posible, como en los centros más pequeños, que se garantice la asistencia por un psiquiatra que ejerza su función en un hospital o de forma privada⁶⁴. A continuación, desarrolla el principio de equivalencia en la asistencia, también en el tratamiento psiquiátrico⁶⁵; la necesidad de consentimiento del paciente⁶⁶, indicando expresamente que debe obtenerse en el caso de los pacientes con enfermedades mentales⁶⁷, la confidencialidad médica y la independencia profesional⁶⁸.

Su segunda parte se dedica al papel específico que desempeñan el médico de prisión y el resto del personal sanitario en el entorno penitenciario⁶⁹. En concreto, al abordar la formación del personal sanitario, señala que debe incluir tanto los trastornos médicos generales como los psiquiátricos⁷⁰.

Es en su parte tercera, dedicada a la organización de la asistencia sanitaria en prisión para la respuesta a determinados problemas comunes⁷¹, cuando se refiere en concreto al grupo conformado por pacientes con síntomas psiquiátricos, trastornos mentales, desórdenes graves de la personalidad y riesgo de suicidio⁷². Son diversos los estándares propuestos para ellos.

⁶² Parágrafos 1 y ss.

⁶³ Junto a otros aspectos como la adaptación psicológica a la prisión, los síntomas de abstinencia causados por el consumo de drogas, medicamentos o alcohol y las enfermedades contagiosas y crónicas; parágrafo 1.

⁶⁴ Parágrafo 5.

⁶⁵ Parágrafo 10.

⁶⁶ Ante cualquier examen físico, salvo en los casos previstos por la ley, y salvo en los casos en los que padezcan una enfermedad que los incapacite para comprender la naturaleza de su condición. Dice también que cualquier excepción al principio de libertad de consentimiento debe estar basada la ley y regirse por los mismos principios que le son aplicables a la población general; parágrafo 16.

⁶⁷ Parágrafo 15.

⁶⁸ Parágrafos 19 a 22.

⁶⁹ Parágrafos 23 a 34.

⁷⁰ Parágrafo 34.

⁷¹ En la que también se encuentra el tratamiento de las enfermedades transmisibles (HIV, tuberculosis y hepatitis), la adicción al alcohol, drogas y medicamentos; las personas no aptas para una privación de libertad continuada (discapacidad física grave, edad avanzada o estado terminal); los que rechazan el tratamiento (y los huelguistas de hambre) y los que realizan actos de violencia en prisión.

⁷² Parágrafos 52 a 59.

En primer lugar, en relación con el ámbito competencial, se señala la necesidad de que la administración penitenciaria y el Ministerio competente en materia de salud mental cooperen en la organización de los servicios psiquiátricos para los reclusos.

En cuanto a la asistencia que debe ser prestada por los servicios de salud mental y servicios sociales vinculados a la prisión, se dice que deben brindar ayuda y asesoramiento a los internos y fortalecer sus habilidades de adaptación, ocupándose además de la coordinación de las actividades de estos internos. Teniendo en cuenta el contexto penitenciario, añade también que debe garantizarse su independencia profesional. En todo caso ese tratamiento debería ser proporcionado a los internos igualmente una vez sean liberados, ya por los servicios externos especializados.

En tercer lugar, plantea una serie de recomendaciones referidas a la ubicación y al régimen aplicable a estas personas. En cuanto a lo primero, señala que los reclusos que sufren trastornos mentales graves deben ser alojados y atendidos en una instalación hospitalaria adecuadamente equipada y con personal capacitado. La decisión de ingreso en un hospital público debería ser adoptada por un psiquiatra, sujeta a autorización por parte de las autoridades competentes. Y en cuanto a lo segundo, se refiere, en primer lugar, al uso del aislamiento. Presenta su postura en negativo, en tanto señala que en aquellos casos en los que no pueda evitarse, deberá reducirse al mínimo posible y ser sustituido por la atención continua e individualizada tan pronto como sea posible. También se pronuncia sobre el uso de contenciones físicas, que plantea como posible, eso sí en situaciones excepcionales y por un período breve de tiempo, en casos de pacientes con una grave enfermedad mental mientras el efecto calmante de la medicación adecuada haga su efecto.

Por último, hace una referencia expresa a los internos condenados por delitos sexuales, a los que se deberá ofrecer un examen psiquiátrico y psicológico, además de un tratamiento adecuado tanto dentro de la prisión como tras su liberación; y a quienes planteen riesgo de suicidio, lo que deberá ser evaluado de forma constante tanto por el personal médico como por el penitenciario, proponiendo como medidas que se pueden adoptar en los momentos de crisis el uso de métodos físicos diseñados para evitar autolesiones, la observación cercana y constante y el diálogo para tranquilizar a la persona.

D) El libro blanco sobre enfermedad mental

Recientemente, el 8 de febrero de 2023, el Comité Europeo de Problemas Criminales (CDPC) aprobaba el Libro blanco relativo a la gestión por parte de los servicios

penitenciarios y de *probation* de las personas con trastornos de salud mental⁷³. Esa misma fecha, el Comité de Ministros anunciaba que tomaba nota del Libro Blanco del Consejo de Europa sobre la gestión de las personas con trastornos mentales por parte de los servicios penitenciarios y de *probation* y que promovería a escala internacional este documento.

Este texto se dirige a proporcionar herramientas a los servicios penitenciarios y de *probation* que trabajan con todas aquellas personas, que habiendo sido o no condenadas, puedan ser atendidas por estos servicios.

El Libro Blanco es resultado del trabajo y las reuniones llevados a cabo por el órgano asesor del CDPC, el Consejo de Cooperación Penológica (PC-CP)⁷⁴, durante los años 2021 y 2022, en los que se abordó la gestión que respecto a las personas con trastornos mentales se realizaba por parte de los servicios penitenciarios y de *probation* de los Estados miembros del Consejo de Europa, los retos a los que se enfrenta el personal, así como posibles soluciones y estándares que pudieran actuar a nivel europeo⁷⁵.

El objetivo de este Libro Blanco es, por un lado, la evaluación de la situación en Europa de la gestión de las personas con trastorno de salud mental por parte de los servicios penitenciarios y de *probation*. Pero más allá, identificados los desafíos que plantea y las buenas prácticas existentes⁷⁶, propone una serie de líneas de actuación y de recomendaciones a las administraciones de los Estados miembros para mejorar el trabajo con las personas con enfermedad mental. Con ello, además, pretende propiciar un debate interno, a nivel nacional, para que los Estados evalúen cómo deben abordar el

⁷³ En su 1456 reunión; CM (2023) 3-add.

⁷⁴ Este órgano tiene entre sus funciones la de la preparación y elaboración de las recomendaciones y la información sobre cómo son cumplimentadas por las distintas administraciones penitenciarias de los Estados miembros.

⁷⁵ Como refieren tanto el propio Libro Blanco en sus antecedentes, como el Proyecto de Recomendación sobre salud mental elaborado por el PC-CP; párrafo 7. El Grupo de Trabajo del PC-CP estuvo compuesto por Martina Baric (Croacia), Annie Devos (Bélgica), Anna Ferrari (Italia), Robert Friskovec (Eslovenia), Vivian Geiran (Irlanda), Manfred Kost (Alemania), Dominik Lehner (Suiza), María Lindström (Suecia), Laura Negro López (España), Nadya Radkovska (Bulgaria), Paulina Tallroth (Finlandia) y Jorge Monteiro (Portugal) y contó con el asesoramiento de dos expertos científicos: Charlie Brooker (Universidad Royal Holloway de Londres) y Jorge Monteiro (Jefe de Servicios de la Dirección General de Reinserción y Servicios Penitenciarios de Portugal), habiendo participado también en las reuniones representantes de la Confederación de Libertad condicional europea (CEP), de la Organización Europea de Prisiones y Servicios Correccionales (EuroPris) y de la Asociación Internacional de Correcciones y Prisiones (ICPA), además de dos expertos del TEDH y del CPT.

⁷⁶ Para ello, también se realizó una encuesta en 2021 a los servicios de prisiones y *probation* de los Estados miembros, cuyo resultado se encuentra en el Apéndice II del Libro Blanco y se analizaron las prácticas en esta gestión de las diferentes administraciones; algunas de las prácticas consideradas adecuadas se encuentran seleccionadas, por países, en el Apéndice III. Esa encuesta no fue contestada por Noruega, Estonia, Georgia, Azerbaijón y Macedonia del Norte y algunos de los países, como se muestra en el Libro Blanco, contestaron sólo respecto a los sistemas penitenciarios o respecto a los de *probation* exclusivamente.

problema de la enfermedad mental dentro y fuera de su sistema penal y, de ser necesario, para que emprendan las reformas pertinentes. En ese proceso interno, añade el texto, las autoridades nacionales deberán abordar si el sistema de justicia penal, y en concreto la privación de libertad, es el medio adecuado para responder a los delitos cometidos por personas que padezcan trastorno mental.

En todo caso, y como también queda referido en el propio Libro Blanco, se pretende preparar las bases para la elaboración por parte del Consejo de Ministros de una Recomendación en la que se recojan las directrices que ayuden a las autoridades nacionales de los Estado miembro para implementar una serie de principios y estándares que se consideren claves en el trabajo de los servicios penitenciarios y de *probation* con las personas con trastornos de salud mental.

En primer lugar, el Libro Blanco presenta la situación actual de la atención sanitaria frente a la enfermedad mental en las prisiones y en los servicios de *probation* de Europa. Para ello, en primer lugar y a partir de los datos más relevantes de las encuestas realizadas a los Estados miembros, destaca que mientras que en la gran mayoría de los países (93%) existe una política nacional relativa a la enfermedad mental en sus prisiones, la proporción se reduce de una manera muy importante (53%) en el caso de la *probation*. Correlativamente, la capacitación en la sensibilización frente a la enfermedad mental es mayor entre el personal penitenciario (74%) que en el personal de *probation* (37%)⁷⁷. Las respuestas en cuanto a la estimación de la prevalencia de los trastornos de salud mental⁷⁸ variaron de forma significativa en las prisiones (con un valor medio del 18%)⁷⁹ y de *probation* (con un valor medio del 15%)⁸⁰. Señala igualmente que, en las prisiones, la mayoría de los internos son evaluados al ingreso y a la salida, mientras que en los servicios de *probation* esa evaluación se suele realizar en la fase judicial y antes de abandonar la prisión, utilizándose distintos instrumentos de evaluación y realizándose por parte de distintos profesionales⁸¹. Asimismo, destaca que un tercio de los servicios de *probation* debe implementar órdenes de tratamiento en salud mental dictadas por los

⁷⁷ Habiendo 25 países o jurisdicciones en los que el personal de *probation* no recibía ninguna formación específica en materia de salud mental. El Libro Blanco encuentra una posible explicación en que ese personal de *probation* a menudo tiene una formación académica, generalmente en el campo de las ciencias sociales y de comportamiento.

⁷⁸ Para ello se partió, como refiere el texto, de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre trastornos de salud mental: depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y otras psicosis, demencia y trastornos de desarrollo, incluido el autismo.

⁷⁹ Y datos que oscilaban entre 0% y 80%.

⁸⁰ Y datos que se oscilaban entre 2% y 90%. Destaca el Libro Blanco que sólo Irlanda del Norte, Cataluña y los Estados de Berlín y Brandenburgo recogen datos de prevalencia de forma periódica.

⁸¹ Médicos, servicios forenses de salud mental o psicólogos.

tribunales⁸². En cambio, en el caso de las prisiones son el 70% las que tienen órdenes especiales o requisitos para el tratamiento de trastornos de salud mental⁸³. Difiere también la respuesta que se da a la prevención del suicidio en función de si es en prisión o en los servicios de *probation*: mientras que en el 90% de las prisiones hay medidas de prevención, sólo las tienen en el 13% de los servicios de *probation*. Igualmente, la respuesta variaba en otro de los aspectos evaluados, las cuestiones de género: mientras que el 47% de las prisiones tenían en funcionamiento enfoques sensibles al género, en el caso de los servicios de *probation* sólo alcanzaba al 24%.

En esa fotografía sobre la enfermedad mental en el sistema penitenciario europeo, en segundo lugar el Libro Blanco refiere los factores, interrelacionados, que conducen a la sobrerrepresentación de la enfermedad mental en el sistema de justicia penal⁸⁴: por un lado, factores como la pobreza estructural, racismo, falta de vivienda, traumas, consumo de drogas; por otro, pueden resultar de determinadas políticas policiales y penales que pueden dar lugar a la criminalización de la enfermedad mental. Junto a ello lo puede explicar la reducción del gasto en salud mental comunitaria o la falta de plazas en los servicios de salud mental, además, de señalar que la propia prisión impacta negativamente en la salud mental.

A partir de las conclusiones y propuestas de la OMS sobre salud mental y prisión, así como la posición del Consejo de Europa a través de una rápida presentación de los estándares elaborados por Comité de Ministros, TEDH, CPT, del Comité Directivo para los Derechos Humanos en los ámbitos de la Biomedicina y la Salud (CDBIO)⁸⁵, además de una revisión de la doctrina más reciente existente sobre la efectividad de las intervenciones en salud mental en prisión y *probation*, y de la presentación de una serie de buenas prácticas que quedan recogidas en su Anexo III, el Libro Blanco ofrece a los servicios penitenciarios y de *probation* una serie de principios orientadores y de recomendaciones.

⁸² Cataluña (España); Inglaterra (Reino Unido), Francia; Berlín, Mecklemburgo-Pomerania Occidental y Schleswig-Holstein (Alemania); Irlanda del Norte (Reino Unido); Escocia (Reino Unido) y Turquía.

⁸³ Armenia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Lituania, Letonia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Federación Rusa, República Eslovaca, Eslovenia, España (incluyendo Cataluña) y Suecia.

⁸⁴ A partir de las publicaciones del *Centre for Addiction and Mental Health* de Canadá (2020) y de la OMS y Cruz Roja Internacional (2005). Esa sobrerrepresentación de la enfermedad mental la evidencia el Libro Blanco acudiendo a los datos ofrecidos por los Informes SPACE (datos de 2021). Tras presentar los datos de población penitenciaria y de población sometida a medidas de *probation* (por 100.000 habitantes), introduce también la tasa de mortalidad en ambos servicios, siendo una de esas causas, el suicidio.

⁸⁵ Y, en concreto, de la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo ETS nº 164).

Nueve son los principios rectores. El primero se refiere a la existencia de un acuerdo a nivel político, de tal manera que los actores principales acuerden declarar como prioridad asegurar un nivel alto de atención en salud mental, que incluya a las personas gestionadas por los servicios penitenciarios y de *probation*. En este sentido, debe desarrollarse una política para trabajar con los trastornos de salud mental en ambos servicios, que forme parte de la estrategia general de salud mental y en la que se contengan intervenciones realizadas por equipos multidisciplinares, que incorpore perspectiva de género y que involucre a la participación de sus usuarios.

El segundo plantea que se establezcan grupos de trabajo conjunto, que incorporen equipos multidisciplinares que trabajen juntos periódicamente y en los que se integre personal penitenciario y de *probation* (oficiales de prisiones, psicólogos, trabajadores sociales), profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psiquiatras), voluntarios (cuando corresponda) y que desarrollen su actividad en todos los sectores (prisiones, *probation*, comunidad).

El tercero consiste en crear un sistema unificado para la recopilación y registro de los datos referidos a la salud mental en el que se integren los relativos a evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, que sea diseñado y desarrollado con base científica. Estos datos, debidamente anonimizados, deberían informar la toma de decisiones, orientaciones y actuaciones, deben ser recogidos de forma periódica y centrarse en los riesgos y necesidades de las personas con trastorno mental en prisión o bajo *probation*, de tal manera que permitan identificar las necesidades importantes y planificar los servicios en consecuencia.

El cuarto principio se refiere a la detección temprana de trastornos de salud mental. Subraya el Libro Blanco la responsabilidad compartida que tienen los distintos actores del sistema de justicia penal⁸⁶ en la promoción de la detección temprana de estos trastornos, debiendo ser un objetivo clave en el momento del primer contacto de la persona con el sistema de justicia penal, pues así puede dar lugar a la derivación oportuna de la prisión al servicio de *probation* o al servicio de salud mental. En la prisión, esa detección temprana servirá para reducir la probabilidad del suicidio y también puede motivar la realización de un traslado a un centro de salud mental externo o la aplicación de un tratamiento dentro de la prisión por parte de los profesionales de salud mental⁸⁷.

El quinto principio trata sobre la información relativa a los riesgos de suicidio. El Libro Blanco llama a someter a revisión rutinaria los riesgos de suicidio, junto con otros

⁸⁶ Entre los que cita a los tribunales, fiscalía, policía, prisiones, servicios de *probation* y servicios de justicia juvenil.

⁸⁷ Añade que, en todo caso, esa información sobre el estado de salud mental debe ser tratada con respeto y conforme a las normas de protección de datos.

factores de naturaleza demográfica y clínica, que puedan ayudar a prevenir esta conducta. Deberán establecerse protocolos y procedimientos de comunicación, de acuerdo con el respeto a la protección de datos, para permitir a ambas agencias, servicios penitenciarios y de *probation*, compartir información relevante sobre ese riesgo o intentos previos. Resalta también la importancia del trabajo conjunto y de la necesidad de compartir de forma continua información sobre riesgos relacionados para posibilitar la identificación y la derivación de la persona al servicio de salud mental correspondiente, ya en prisión, ya en la comunidad. Asimismo, el personal debería recibir información que le habilite para detectar esas señales de riesgo⁸⁸.

El sexto principio plantea la necesidad de que exista un desarrollo profesional continuo y que se preste apoyo al personal, recomendando encarecidamente organizar una formación especializada para el personal de *probation*⁸⁹.

El séptimo principio se refiere a la necesidad de establecer colaboraciones claramente definidas en las que se incluya la voz de los usuarios de los servicios. El Libro Blanco señala la complicación que puede plantear la relación entre los servicios penitenciarios y de *probation* con el resto de servicios de asistencia sanitaria existentes⁹⁰, y advierte del riesgo de que, de existir esa relación, se acabe una vez que el interno sale de prisión. Por ello insta a que los usuarios del servicio y sus familiares puedan participar en los procesos de tomas de decisiones y que las agencias responsables de la contratación de estos servicios deben participar en la financiación de dichos servicios y evaluar su efectividad. Señala por último que cada vez más en algunos países se insta a involucrar a personas con experiencia personal relevante en las distintas áreas de prestación de asistencia médica: evaluación del personal, planificación de servicios, investigación y evaluación.

El octavo principio se refiere a la mejora continua a través del uso de sistemas de acreditación y/o estándares, de indicadores de calidad y de sistemas de información sanitaria. Tras señalar que hay varios modelos para acreditar los niveles de atención de salud mental recibida por los internos y que ninguna jurisdicción en Europa cuenta con un modelo basado en estándares para la salud mental en la *probation*, el Libro Blanco insta a que se establezcan sistemas nacionales que permitan la comparación entre todos los servicios. Recuerda además que el nivel de servicio y la calidad de la atención deben

⁸⁸ Explica el Libro Blanco que en la mayoría de los intentos de suicidio se producen signos o síntomas previos que, de ser compartidos a tiempo, pueden ayudar a su prevención.

⁸⁹ Recordando lo señalado anteriormente en relación con que hay una mayor probabilidad de que el personal de prisiones reciba formación en este ámbito que el de *probation*.

⁹⁰ Señalando específicamente los servicios de atención social, servicios de salud mental, atención médica en prisión, atención médica comunitaria en general o el acceso a un médico general.

ser garantizados para todos los servicios de los sistemas penitenciarios y de *probation* con estándares equivalentes a cómo se realiza para el público en general.

El último principio rector se dirige a reclamar inversión en investigación y evaluación con el objetivo de poder acomodar la financiación con la provisión de una atención que sea accesible y que se encuentre respaldada por evidencias⁹¹.

El libro Blanco concluye aportando una serie de recomendaciones. El primer grupo de ellas son comunes para los servicios penitenciarios y los de *probation*. Son las siguientes:

a) Se deben acordar estándares para gestionar a las personas con trastornos mentales con el fin de evaluar todos los servicios de este tipo en una jurisdicción determinada;

b) Se debe definir el papel del personal en la detección de trastornos de salud mental y en la provisión de intervenciones o facilitación del acceso a la atención en salud mental, lo que permitirá el diseño de una formación adecuada;

c) Se deben desarrollar métodos para recopilar datos sobre trastornos de salud mental de acuerdo con las normas europeas de protección de datos. Facilitaría este proceso el uso de herramientas estructuradas de evaluación;

d) Se deben recopilar regularmente datos anonimizados sobre suicidio por parte de los servicios pertinentes durante un período de tiempo (3-5 años) para que sea posible examinar las tendencias y evaluar posibles acciones preventivas;

e) Debe asignarse suficiente financiación para la investigación con el fin de evaluar la implementación de políticas y prácticas de salud mental, así como su impacto en la salud y en los resultados de reincidencia;

f) Las intervenciones deben basarse en evidencias científicas, deben ser llevadas a cabo por equipos multidisciplinares y tener en cuenta la perspectiva de género. Los usuarios deben participar en el desarrollo de estas intervenciones, como, por ejemplo, la atención con enfoque en el trauma en prisiones para mujeres.

Un segundo grupo de Recomendaciones del Libro Blanco se dirige específicamente a los servicios de *probation* de los países del Consejo de Europa:

⁹¹ Ante la escasa evidencia sólida de intervenciones útiles para las personas con trastornos mentales en prisión o bajo *probation*. Se lamenta también el Libro Blanco de que la asignación de fondos de investigación para estudios de salud mental en el sistema penal sea considerada no prioritaria por muchos organismos e insta a los investigadores a desarrollar redes en toda Europa que posibiliten estudios comparativos.

a) Debe ser desarrollado un modelo basado en estándares para las intervenciones con personas que padezcan trastornos de salud mental y estén bajo el sistema de *probation*;

b) Se debe mantener la continuidad en la atención para los trastornos de salud mental tras la liberación de la prisión y el traslado a *probation* y también después de haber finalizado ésta;

c) Debería haber investigación dedicada a la salud mental con expertos que trabajen en entornos de *probation*;

d) Cada servicio de *probation* debería estar atento y actualizado a las vías y criterios de acceso a los servicios de salud mental y a otros relacionados (como los de tratamiento sobre la adicción a drogas y alcohol).

El último grupo de Recomendaciones se dirige a los sistemas penitenciarios; en concreto:

a) Cada jurisdicción debería contar con una política para abordar los trastornos de salud mental en el contexto penitenciario como parte de la estrategia más amplia de salud mental para la población general. Esta política debería buscar la equivalencia, con la población general, en la calidad del servicio, el número y el nivel de experiencia del personal clínico que presta la atención dentro de las prisiones;

b) De acuerdo con la regla 12 RPE, las personas que sufren enfermedades mentales y cuyo estado de salud mental es incompatible con la privación de libertad en una prisión, deberían ser enviadas a un establecimiento especialmente diseñado para ello. Si, a pesar de ello, estas personas son privadas de libertad de forma excepcional en prisión, debería haber regulaciones especiales que tengan en cuenta su estado y necesidades;

c) De acuerdo con las RPE (15.1 f), 16 a) y 42), todos los servicios penitenciarios deben realizar un reconocimiento a los nuevos internos a su ingreso, sujeto a los requisitos de confidencialidad médica, y registrar cualquier información relevante sobre su bienestar físico y mental. Esta información debe complementarse de manera oportuna con un examen médico;

d) De acuerdo con las reglas 39-48 RPE, todos los servicios penitenciarios deben garantizar un acceso adecuado al tratamiento y cuidado de todos los reclusos en general con el fin de mitigar los efectos del encarcelamiento en su salud, incluyendo la salud mental;

e) Las administraciones penitenciarias deben ser vigilantes y seguir procedimientos específicos por escrito para detectar signos tempranos de trastornos mentales o angustia, así como indicadores de posible riesgo de intentos de suicidio, ya que el ingreso y la estancia en prisión pueden ser una experiencia traumática;

f) Se debe estandarizar una evaluación multidisciplinar, integrada y de uso regular en todo el sistema penitenciario, y estas evaluaciones iniciales y periódicas deben ser realizadas por profesionales para identificar las necesidades individuales de las personas con trastornos de salud mental en prisión;

g) Debería llevarse a cabo en todas las prisiones el desarrollo e implementación de programas integrados y a medida para la derivación temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con trastornos mentales, preferiblemente con pautas y procedimientos por escrito que deban ser seguidos desde el ingreso en adelante;

h) El personal penitenciario debería recibir formación en diferentes aspectos de conocimiento y técnicas de intervención, posiblemente incluyendo enfoques restaurativos⁹²;

i) Se debe brindar a todo el personal penitenciario, de forma periódica, formación básica de concienciación sobre la salud mental, orientada de manera específica a la detección de signos y síntomas tempranos de trastornos de salud mental y/o riesgo de suicidio, para que en tales situaciones puedan utilizar intervenciones adecuadas;

j) Las personas en prisión con trastornos de salud mental no deben ser excluidas de participar en actividades relevantes, así como en terapias cognitivas y actividades terapéuticas específicas, puesto que éstas reducen el impacto negativo de la prisión en su salud mental;

k) Los reclusos con trastornos de salud mental deben tener acceso a información relevante sobre qué, por quién y cómo pueden obtener ayuda si es necesario, especialmente durante el período inicial de privación de libertad. Debe estar disponible de forma sencilla y comprensible para todos los reclusos con

⁹² Y citando el Documento de la OMS "Preventing Suicide in Jails and Prisons" (2007), añade que: "Como mínimo, la capacitación inicial en prevención del suicidio debería incluir, pero no limitarse a, los siguientes aspectos: por qué los entornos correccionales son propicios para el comportamiento suicida, las actitudes del personal hacia el suicidio, los factores predisponentes al suicidio, los períodos de alto riesgo de suicidio, las señales y síntomas de alarma, los suicidios recientes o intentos grave de suicidio dentro de la instalación/organismo y los aspectos de la política de prevención de suicidio de la instalación/organismo".

trastornos de salud mental toda la información sobre los aspectos relevantes de la vida en prisión (rutina diaria, acceso al servicio de atención médica, procedimientos de visitas, acceso a llamadas telefónicas);

l) Sólo deberá imponerse una sanción disciplinaria o una medida por su comportamiento inapropiado o peligroso a los internos con trastornos de salud mental en el caso en el que tal comportamiento no sea resultado de ese trastorno. Conforme a la regla 53A.i. RPE, si el aislamiento utilizado como medida especial de alta seguridad o de protección afecta negativamente a la salud física o mental de un recluso deberá suspenderse o sustituirse por una medida menos restrictiva;

m) Las prisiones deben facilitar el contacto entre los reclusos y su red social positiva, ya que puede desempeñar un papel importante en su condición de salud mental;

n) El diseño de la infraestructura penitenciaria debe responder a las crecientes necesidades de atención de las personas con trastornos de salud mental e incluir el desarrollo y uso regular de programas específicos para el tratamiento y la rehabilitación, especialmente en lo que respecta a comportamientos autolesivos e intentos de suicidio;

o) El traslado de personas con trastornos de salud mental a servicios externos de salud mental que puedan proporcionarles un tratamiento tras su liberación debe seguir protocolos escritos y acuerdos de colaboración para dar lugar a una responsabilidad compartida. Es esencial la cooperación entre los servicios de atención mental en prisión (en particular, los hospitales psiquiátricos forenses) y los servicios comunitarios de salud mental para garantizar la continuidad del tratamiento después de que se produzca la liberación de los reclusos con trastornos de salud mental.

2.1.4. Los estándares del Comité de Ministros sobre condiciones de privación de libertad que pueden afectar a la salud mental

Junto a los distintos estándares analizados en los que el Comité de Ministros se ha referido ya a la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, ya específicamente a la gestión de las personas con enfermedad mental en prisión, encontramos también distintas referencias a la enfermedad y a la salud mental en otros estándares que abordan materias diversas pero en las que aquéllas aparecen de manera transversal.

El primero de esos ámbitos es el del traslado entre países de personas condenadas. En la Recomendación de 2020 sobre la aplicación del Convenio sobre traslado de Personas Condenadas⁹³ y su Protocolo Adicional⁹⁴ se invita a los gobiernos de los Estados miembros parte en el Convenio a, entre otros compromisos, tomar medidas para garantizar que las personas con enfermedades mentales que cumplen una pena de prisión o que están privadas de libertad por la comisión de un delito, puedan también beneficiarse de su traslado cerca de su entorno social cercano. En relación con ello, señala que deberá tenerse en cuenta la disponibilidad de un tratamiento adecuado para la persona con enfermedad mental por parte del Estado de cumplimiento, en consulta estrecha con los Estados involucrados. Y de estar incapacitada legalmente o de no poder expresar su comportamiento informado para la realización de esa transferencia, se tendrá en cuenta el consentimiento de su representante legal (parágrafo 1 c). Asimismo en su compromiso de llevar a cabo el traslado acordado tan pronto como la persona dé su consentimiento voluntario e informado, se señala que el Estado de condena deberá, facilitar a los servicios médicos de las autoridades penitenciarias del Estado de cumplimiento los informes sociales y médicos que, de ser necesario, incluyan las evaluaciones psiquiátricas, junto con información sobre el tratamiento médico prescrito y posibles recomendaciones sobre un tratamiento adicional. Si, debido a su enfermedad mental, son legalmente incapaces, serán sus representantes legales los que serán informados del traslado de sus expedientes médicos, teniendo derecho a oponerse al mismo de acuerdo con lo establecido en la legislación nacional (parágrafo 5).

En segundo lugar, de manera transversal el abordaje de la enfermedad mental aparece en el ámbito de las alternativas. Es verdad que las Reglas sobre *Probation* del Consejo de Europa de 2010⁹⁵ todavía no aluden expresamente a la salud mental al establecer los principios básicos que deben guiar la actuación de las agencias de *probation*, sino que se refieren de forma general a la salud cuando señalan las cuestiones que deben ser tenidas en cuenta en sus intervenciones⁹⁶; ni tampoco lo hacen al recoger la prohibición de discriminación⁹⁷. Es ya en las Reglas Europeas sobre

⁹³ Convenio Europeo sobre Transferencia de Personas condenadas (ETS nº 112) suscrito en Estrasburgo el 21 de marzo de 1983.

⁹⁴ Rec (2020) 3, adoptada por el Comité de Ministros el 1 de julio de 2020.

⁹⁵ Rec (2010) 1, aprobadas por el Comité de Ministros el 20 de enero de 2010.

⁹⁶ Junto al respeto a la dignidad, seguridad y bienestar de los delincuentes y, por supuesto, el respeto a los derechos humanos; parágrafo 2.

⁹⁷ Pues tras señalar que las agencias de *probation* deberán tener en cuenta las características individuales, circunstancias y necesidades de todos los delincuentes para asegurarse de que cada caso es tratado de manera justa y equitativa, señala que estas intervenciones se llevarán a cabo sin discriminación alguna por motivos de género, raza, color, idioma, religión, discapacidad,

sanciones y medidas en la comunidad de 2017⁹⁸, donde la enfermedad mental aparece, en primer lugar, en la configuración del principio de no discriminación en la imposición y aplicación de sanciones y medidas comunitarias⁹⁹. Igual hace la Recomendación sobre vigilancia electrónica de 2014¹⁰⁰, que además bajo su epígrafe referido a los Aspectos éticos, establece que la edad, la discapacidad y otras condiciones específicas relevantes o circunstancias personales de cada sospechoso o penado deberán ser tenidas en cuenta en la decisión sobre la imposición de la vigilancia electrónica y bajo qué modalidades puede realizarse, advirtiendo de que en ningún caso se debe utilizar el equipo de vigilancia electrónica para causar sufrimiento o daño físico o mental de forma intencionada¹⁰¹.

Por otro lado, la enfermedad mental aparece también en una serie de Recomendaciones del Consejo de Ministros referidas al abordaje de colectivos concretos en prisión.

En primer lugar, la enfermedad mental es tenida en cuenta para dejar fuera de aplicación las recomendaciones que impliquen una política de seguridad -que a menudo conlleva una restricción de derechos- dirigida a personas que se encuentran fuera del sistema penal debido a su enfermedad mental. Así hace la Recomendación (2014) 3 sobre delincuentes peligrosos¹⁰², cuando excluye de su ámbito de aplicación a los niños y a las “personas con trastornos mentales que no están bajo la responsabilidad del sistema penitenciario”¹⁰³. Eso sí, sí lo será para todas aquellas otras que sí lo estén, particularmente en aquellos países en los que se haya acogido un modelo de respuesta penal-penitenciario para los enfermos mentales que cometen delitos. Por ello la propia Recomendación, cuando aborda el tratamiento, se refiere expresamente a aquellos que tengan, o desarrollen, un trastorno mental, señalando que deben recibir un tratamiento

orientación sexual, opinión política u otra, origen nacional o social, pertenencia a un grupo étnico minoritario, condición económica, nacimiento u otro estatus; parágrafo 4.

⁹⁸ Rec (2017) 3, adoptada por el Comité de Ministros el 22 de marzo de 2017.

⁹⁹ Estableciéndose que no se permitirá discriminación basada en motivos de raza, color, origen étnico, nacionalidad, género, edad, discapacidad, orientación sexual, idioma, religión, opinión política u otra, situación económica, social u otra condición física o mental, además de señalar que se tendrá en cuenta la diversidad y las necesidades específicas de los sospechosos y delincuentes.

¹⁰⁰ Rec (2014) 4, aprobada por el Comité de Ministros el 29 de febrero de 2014: “No debe haber discriminación en la imposición o ejecución de la vigilancia electrónica por motivos de género, raza, color, nacionalidad, idioma, religión, orientación sexual, opinión política u otra, origen nacional o social, condición económica, pertenencia a una minoría nacional o condición física o mental. Parágrafo 7.

¹⁰¹ Parágrafos 26 y 27.

¹⁰² Aprobada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014.

¹⁰³ Parágrafo 2.

adecuado¹⁰⁴, y subrayando que el servicio médico o psiquiátrico de las instituciones penales deben proporcionar o facilitar el tratamiento médico y psiquiátrico a todos los delincuentes peligrosos que lo necesiten.

Por otro lado, una manifestación específica de ese principio de igualdad en la asistencia sanitaria, que en general se proyecta sobre la equivalencia con la prestada en el exterior, es la referida a los extranjeros, donde ese principio además exige que haya equivalencia con la atención prestada al resto de personas privadas de libertad. Así, lo recoge la Rec (2012) sobre internos extranjeros¹⁰⁵, que añade, eso sí bajo el matiz de “cuando sea posible”, que la atención psiquiátrica y de salud mental sea proporcionada por especialistas que tengan experiencia en el trato con personas con diferentes situaciones religiosas, culturales y lingüísticas¹⁰⁶. Y aunque no se refiera expresamente a la salud mental, sí señala la Recomendación, al tratar la situación de las mujeres extranjeras, que se tendrá que prestar especial atención a sus necesidades psicológicas y de atención médica, especialmente de las que tienen niños¹⁰⁷.

También la salud mental tiene su sitio en la última de las recomendaciones aprobadas por ahora por el Comité de Ministros, sobre la evaluación, gestión y reintegración de las personas acusadas o condenas por un delito sexual¹⁰⁸, que se refiere a los aspectos que deben ser valorados en las evaluaciones de riesgo, necesarias para tomar decisiones informadas sobre la gestión, intervención y/o tratamiento de las personas acusadas o condenadas por delitos sexuales, señalando que si existen dudas sobre trastornos psiquiátricos, dichas evaluaciones de riesgo deberán tener en cuenta cualquier evaluación psiquiátrica, diagnóstico y tratamiento.

La atención a la salud mental, por supuesto, alcanza a todo el personal penitenciario, tanto en su dimensión negativa, de no infringir, instigar o tolerar ningún comportamiento de tortura o trato o castigo inhumano o degradante, como en la positiva, a través del respeto y protección de la integridad física, sexual y psicológica de todas las personas privadas de libertad, como bien refiere, bajo el mandato de respeto y protección de la dignidad humana, el Código Europeo de Ética para el Personal Penitenciario del 2012¹⁰⁹. Asimismo, en su función de cuidado y asistencia, el personal penitenciario debe ser

¹⁰⁴ Remitiendo para ello a la Rec (98) 7 sobre los aspectos éticos y organizativos de la atención médica en prisión; párrafo 44. Tratamiento de los delincuentes peligrosos que, entre otras finalidades, debe buscar mantener su salud y autoestima; párrafo 45.

¹⁰⁵ Adoptada por el Comité de Ministros el 10 de octubre de 2012.

¹⁰⁶ Párrafo 31. Subraya también la necesidad de prestar especial atención a la prevención del suicidio entre los internos extranjeros.

¹⁰⁷ Párrafo 33.

¹⁰⁸ Rec (2021) 6, adoptada por el Comité de Ministros el 20 de octubre de 2021.

¹⁰⁹ Rec (2012) 5 del Comité de Ministros, aprobado el 12 de abril de 2012; párrafos 12 y 13.

sensible y atender las necesidades especiales de determinados grupos o individuos que puedan ser vulnerables, por ejemplo, por ser jóvenes, mujeres, por su pertenencia a minorías, por ser extranjeros, mayores o discapacitados, y deberán garantizar la protección absoluta de la salud de las personas que estén bajo su custodia y adoptar medidas inmediatas para asegurar la atención médica necesaria siempre que sea precisa¹¹⁰.

El impacto que determinadas situaciones puede producir en la salud mental también es tenido en cuenta por el Consejo de Europa en su Recomendación de 2003 sobre la gestión por parte de las administraciones penitenciarias de los condenados a cadena perpetua y otras penas de prisión de larga duración¹¹¹, que como uno de sus objetivos generales se marca contrarrestar los efectos negativos de las penas¹¹². Entre las medidas que plantea para lograrlo se encuentra el diseño de planes de cumplimiento individuales, desarrollados lo antes posible tras el ingreso y con la participación en su configuración del penado, en los que entre otras circunstancias se prevea la participación en actividades de ocio y de otra naturaleza para prevenir o contrarrestar esos efectos adversos del encarcelamiento de larga duración¹¹³. Señala también la necesidad de que tengan acceso a asesoramiento, ayuda y apoyo adecuado para, entre otras cuestiones, reducir el riesgo de suicidio y contrarrestar esos efectos perjudiciales propios de la

¹¹⁰ Parágrafos 19 y 20. En cambio, no se refiere expresamente la salud física o mental, aunque se pueda inferir implícitamente, entre las causas de discriminación prohibidas: “El personal penitenciario deberá respetar la pluralidad y diversidad y no discriminar a ningún recluso por motivos de sexo, edad, raza, color, idioma, religión, opinión política u otra, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, condición económica, nacimiento u otro estado o el tipo de delito imputado a cometido”; parágrafo 23. Otra tercera dimensión es la referida a la promoción de un entorno de trabajo física y psicológicamente saludable y seguro tanto para el personal como para los sospechosos o condenados, para lo que la Recomendación R (97) 12 sobre el personal encargado de la implementación de sanciones y medidas, adoptada el 10 de septiembre de 1997, apela a la existencia de un espíritu de cooperación y apoyo mutuo en las relaciones entre compañeros; Apéndice II, parágrafo 6. Esta recomendación sí incorpora la condición física y mental como una de las causas de discriminación prohibidas en el respeto a los derechos humanos en la actuación del personal penitenciario en esa función de implementación de las sanciones y medidas, así como la prohibición de infringir cualquier violencia o cualquier forma de maltrato físico o mental; Apéndice II, parágrafos 7 y 13.

¹¹¹ Rec (2003) 23, aprobada por el Consejo de Ministros el 9 de octubre de 2003. Para el ámbito de aplicación de esta Recomendación, penas de prisión de larga duración son aquellas que de forma efectiva conlleven la privación de libertad durante cinco o más años.

¹¹² Junto con el aseguramiento de que las prisiones son lugares seguros para estos condenados y para todos los que en ellas trabajan o las visitan y con el incremento y mejora de las posibilidades de que estos internos sean reinseridos satisfactoriamente en la sociedad y lleven una vida de acuerdo con las normas tras su liberación (parágrafo 2).

¹¹³ Parágrafo 10. Junto a ello, y en un apartado específico para ello, la Recomendación refiere otras medidas para prevenir y contrarrestar esos efectos como los esfuerzos para el mantenimiento de contactos con la familia, el acceso y contacto con el mundo exterior (a través del acceso a periódicos, radio, televisión y visitas externas), los permisos, la adopción de medidas para explicar normas, rutinas y para responsabilizarlos con las tareas diarias del centro o la adecuación de espacios amigables y de condiciones adecuadas para la estimulación física, intelectual y emocional; parágrafos 21 a 23.

privación de libertad de larga duración como la institucionalización, la pasividad, la disminución de la autoestima y la depresión¹¹⁴. Y ya al referirse expresamente a las particularidades que requieren ciertas categorías especiales de condenados a estas penas, se señala la necesidad de que se adopten medidas que permitan un diagnóstico temprano y especializado de los internos que estén o que se vuelvan “mentalmente perturbados” y para proporcionarles un tratamiento adecuado¹¹⁵. También se refiere a ello en relación con la población anciana, a la que hay que atender para mantener un buen estado de salud física y mental, lo que exige que la administración penitenciaria garantice el acceso a servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento¹¹⁶. Respecto a las mujeres, apunta la necesidad de proporcionar atención especial para las que han sido objeto de abuso físico, mental o sexual¹¹⁷. Y aunque no se refiera expresamente a la salud mental, deben entenderse también apeladas las administraciones penitenciarias en el llamamiento que hace la Recomendación respecto a otro de los grupos vulnerables, el conformado por quienes seguramente están llamados a pasar toda su vida “natural” dentro de la prisión, para los que reclama que exista una planificación de su condena dinámica, que permita que se beneficien de la participación en actividades relevantes y programas adecuados que incluyan intervenciones y servicios psicosociales para ayudarles a hacer frente a esa condena¹¹⁸.

No aparece en cambio referida expresamente la salud mental en otras Recomendaciones, seguramente por ser más antiguas, que regulan instituciones, situaciones o problemáticas en las que es indudable el impacto de la privación de libertad en aquella. Así ocurre en la Recomendación sobre sobrepoblación penitenciaria de 1999¹¹⁹, problema que como su propia introducción refiere, representa el mayor desafío de las administraciones penitenciarias y del sistema penal en su conjunto, tanto en términos de respeto de derechos humanos como de gestión eficiente de las instituciones penales.

¹¹⁴ Parágrafo 24.

¹¹⁵ Remitiendo a las orientaciones establecidas por la Recomendación N R (98) sobre los aspectos éticos y organizativos de la atención médica en prisión; Parágrafo 27.

¹¹⁶ Además de oportunidades para trabajar, hacer ejercicio y otras actividades adecuadas a sus capacidades físicas y mentales o una dieta apropiada y adaptada a sus necesidades. Parágrafo 28.

¹¹⁷ Parágrafo 20.

¹¹⁸ Parágrafo 31.

¹¹⁹ Rec (99) 22, adoptada por el Comité de Ministros el 30 de septiembre de 1999.

Sí en cambio se refiere a la salud mental el Libro Blanco sobre Sobrepoblación¹²⁰ elaborado por el CDPC con el objetivo de identificar las causas, revisar la situación por países en relación con sus legislaciones internas, las actuaciones judiciales y la praxis penitenciaria, así como para identificar prácticas que puedan prevenir, y también revertir, este problema con la propuesta de una estrategia nacional en materia de política penal donde las alternativas a la privación de libertad son una pieza clave¹²¹. En concreto, al plantear las causas fundamentales del uso excesivo de la privación de libertad y de la sobrepoblación penitenciaria, entre las que está el uso y la duración de la prisión provisional, el Libro Blanco refiere que esta medida preventiva tiene un efecto especialmente adverso en algunos grupos vulnerables, como en el caso de las personas con trastornos mentales, debiendo ser consideradas en primer lugar medidas no privativas de libertad. Advierte de que, tratándose de un grupo necesitado de cuidado y de tratamiento, la falta de instalaciones adecuadas para ello, así como el retraso en la recepción del tratamiento necesario, pueden tener efectos graves en su salud y bienestar. En cambio, sacar a estas personas de la prisión preventiva y derivarlas a un tratamiento adecuado facilitaría su reintegración social, al tiempo que reduciría el número de personas en prisión¹²². Asimismo, entre otros factores que prolongan la privación de libertad, el Libro Blanco se hace eco de la preocupación transmitida por algunas administraciones penitenciarias sobre que las prisiones se conviertan cada vez más en lugares para la privación de libertad de personas que provienen de entornos socialmente desfavorecidos, a menudo consumidores de sustancias y con trastornos de personalidad y otros trastornos mentales. Advierte sobre la tensión que ello provoca en el día a día dentro de la prisión a un personal que además no está necesariamente capacitado para gestionarlo y sobre el impacto que produce en la imposibilidad de responder a las necesidades especiales que tienen estas personas, así como a la protección de la sociedad a medio plazo¹²³. Ya al ocuparse de posibles alternativas para prevenir o reducir la sobrepoblación, en concreto, al referirse a la revisión de la legislación penal, a los procesos de destipificación y a las alternativas al proceso penal, repasa en la importancia de la respuesta que se dé a los delincuentes con problemas de salud mental, advirtiendo de que la tendencia en algunos países de mantenerlos en prisión, en

¹²⁰ De 30 de junio de 2016 y aprobado por el Comité de Ministros en su reunión nº 1266, de 28 de septiembre de 2016; CM (2016) 121-add.3.

¹²¹ RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "Un análisis de las estrategias contra la sobrepoblación penitenciaria en España a la luz de los estándares europeos", *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, REPC 20-05, 2018, pp. 5 y 12.

¹²² También en el caso de menores, padres o madres de hijos pequeños y personas con adicciones. Parágrafo 70.

¹²³ Parágrafo 79.

lugar de brindarles una atención adecuada en instalaciones adaptadas para su tratamiento, puede producir sobrepoblación, además de un riesgo para sus derechos humanos. Apelando a la claridad de las RPE en este tema, subraya a renglón seguido que cualquier decisión que se adopte debe tener en cuenta las circunstancias individuales de cada persona y tratar de priorizar las fundamentadas en la atención médica en relación con esa privación de libertad realizada en instituciones o secciones especializadas¹²⁴.

También respecto a otra de las grandes preocupaciones actuales del Consejo de Europa, la prevención y gestión del extremismo violento y la radicalización en prisión, vemos que las Directrices para los servicios penitenciarios y de *probation* aprobadas en 2016 no se refieren expresamente a la salud o a la enfermedad mental¹²⁵, aunque en todo caso los principios básicos y pautas que ofrecen para una gestión adecuada de las personas privadas de libertad como medio de prevenir y luchar contra la radicalización tienen repercusión en el campo de la salud mental¹²⁶. Si en cambio se detiene en la problemática específica que plantea en este ámbito la enfermedad y la salud mentales el Manual del Consejo de Europa para los Servicios Penitenciarios y de *probation* sobre la Radicalización y el extremismo violento elaborado por el CDPC en 2017 en desarrollo de dichas Directrices.

Lo hace, en primer lugar, al señalar que no hay un único perfil de extremistas violentos en cuanto a edad, sexo, nivel educativo, crianza, salud mental, nacionalidad, etnia y antecedentes personales, añadiendo a renglón seguido que, aunque no es algo intrínseco a este colectivo, algunos extremistas violentos o personas que se radicalizan hacia la violencia presentan vulnerabilidades en salud mental¹²⁷. No obstante, también recoge el Manual más adelante que dado que en los últimos años se ha observado con mayor frecuencia la presencia de vulnerabilidad en salud mental en algunas personas que se habían radicalizado hacia la violencia, al ocuparse de la valoración del riesgo de violencia extremista y de radicalización, algunas herramientas de evaluación de riesgo

¹²⁴ Parágrafo 111.

¹²⁵ Directrices para los Servicios Penitenciarios y de *Probation* en relación con la radicalización y el extremismo violento, aprobadas por el Comité de Ministros el 2 de marzo de 2016.

¹²⁶ En materia de respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, prohibición de tortura y tratos y penas inhumanos o degradantes, encarcelamiento como último recurso, respeto a la dignidad humana, evitación de situaciones de sobrepoblación y hacinamiento o de actuaciones desproporcionadas o de traslados sistemáticos, la oferta de actividades suficientes y programas de tratamiento específicos, o la formación y selección del personal, que actuará conforme los principios de la seguridad dinámica. Si se refiere en general a la salud al señalar que en los procesos de admisión se prestará atención para crear un entorno de confianza y seguridad, lo que permite una evaluación adecuada del estado de salud, de los riesgos y necesidades, así como de la planificación de penas, clasificación, asignación y alojamiento (parágrafo 19).

¹²⁷ Parágrafo 28.

que se están utilizando incluyen un apéndice para revisar indicadores relacionados con la historia personal, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, proceso de radicalización y antecedentes penales, con el objetivo de tener un análisis completo y amplio del riesgo para el extremismo violento, herramientas que también se utilizan junto con otros enfoques de salud mental para evaluar el impacto que en ésta tiene la radicalización de individuos y en los que son condenados por la comisión de delitos extremistas violentos¹²⁸. Por ello insta a investigar los posibles problemas de salud mental en cualquier herramienta de evaluación de riesgos integral que se articule para los extremistas violentos¹²⁹. En tercer lugar, también se refiere a ello al hablar sobre las intervenciones dirigidas a prevenir la comisión de delitos extremistas o a contribuir directa o indirectamente a la rehabilitación, señalando que deben adaptarse a las necesidades específicas e individuales, entre otras, a las condiciones de salud mental¹³⁰.

Por último, es necesario destacar que no aparecen referencias singularizadas a la salud o enfermedad mental en la Recomendación adoptada en 2003 sobre libertad condicional¹³¹ o en la Recomendación de 2006 sobre el uso de la prisión preventiva, las condiciones en las que se lleva a cabo y la provisión de salvaguardias contra su abuso¹³².

2.1.5. El Proyecto de Recomendación sobre la Promoción de la Salud Mental y la Gestión de Personas con Trastornos Mentales por parte de los Servicios Penitenciarios de Probation

A finales de 2022¹³³, el CDPC aprobó la propuesta del PC-CP para la elaboración de una Recomendación, dirigida a las administraciones penitenciarias y de *probation*, referida a la gestión de las personas con trastornos mentales. Apenas tres meses después¹³⁴, el Comité de Ministros dio un mandato al PC-CP, con plazo de hasta finales de 2024, para que redactara esta Recomendación.

¹²⁸ Parágrafos 47 a 50. Así, señala que los instrumentos de evaluación de riesgo para el extremismo violento abordan la violencia ideológica no asumen que las vulnerabilidades o trastornos de salud mental sean fundamentales desde el punto de vista ideológico hacia el camino ese camino hacia la violencia pues muchos extremistas violentos y terroristas son considerados individuos normales desde el punto de vista cognitivo, sin trastornos de salud mental.

¹²⁹ Así lo recogen los puntos clave del Libro Blanco relativos a la evaluación de riesgo.

¹³⁰ Parágrafo 83.

¹³¹ Rec (2003) 22, aprobada por el Comité de Ministros el 24 de septiembre de 2003.

¹³² Rec (2006) 13, aprobada por el Comité de Ministros el 27 de septiembre de 2006. No lo hace tampoco en la Recomendación (99) 19 sobre mediación en asuntos penales.

¹³³ En concreto, en la 82ª reunión, que tuvo lugar los días 28 a 30 de noviembre de 2022.

¹³⁴ En su reunión 1456ª de 8 de febrero de 2023.

Tras un primer documento de trabajo elaborado por Katharine Susan Wright¹³⁵, en la actualidad se está trabajando en el borrador presentado al PC-CP por los expertos Dirk Van Zyl Smit y por Ronald Gramigna el 20 de septiembre de 2023¹³⁶: el Proyecto de Recomendación relativo a la Promoción de la Salud Mental y a la Gestión de las Personas con Trastornos Mentales por parte de los Servicios Penitenciarios y de *Probation*. En todo caso se está en el momento inicial de elaboración de la Recomendación por lo que se trata de un documento de trabajo que, como el mismo texto aclara, es un borrador sometido a la consideración por parte de los miembros del PC-CP. En el mismo se han incluido ya, a modo de notas a pie, las aclaraciones al texto que eventualmente podrán formar parte del Informe explicativo que suele acompañar a las Recomendaciones aprobadas por el Comité de Ministros del Consejo de Europa.

Esta propuesta, como se señala en sus antecedentes, está construida habiendo tomado en consideración el CEDH y la jurisprudencia del TEDH, el trabajo realizado por el CPT¹³⁷ y los estándares elaborados por el Comité de Ministros, en concreto, en las RPE, en la Recomendación (98) 7 sobre los aspectos éticos y organizativos de la atención médica en prisión, en las Reglas para menores sujetos a sanciones o medidas en los asuntos relativos a menores de 18 años, así como ampliando sus Reglas de *Probation* y las Reglas Europeas sobre Sanciones y Medidas en la Comunidad¹³⁸. Refleja el documento, asimismo, los principios rectores y recomendaciones derivados a partir del Libro Blanco del Consejo de Europa sobre la gestión de personas con trastornos mentales por parte de los servicios penitenciarios y de *probation*. Y, en todo caso, parte del acceso equitativo a la atención médica recogido en el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina y su traslado a las personas con trastornos mentales en instituciones penales, tal y como se reitera en la Recomendación del Comité de Ministros (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental.

Su objetivo, como el resto de Recomendaciones que son aprobadas por el Comité de Ministros, no es sino guiar a los distintos gobiernos de los Estados miembros en su legislación, políticas y prácticas, en este caso, referidas a la promoción de la salud mental y a la gestión de las personas con trastornos mentales por los servicios

¹³⁵ Borrador preparado por Katharine Susan Wright, experta de Reino Unido del PC-CP. PC-CP (2023) 6, de 17 de marzo de 2023.

¹³⁶ PC-CP (2023) 8 rev.

¹³⁷ Refiriéndose expresamente a los estándares desarrollados en su 3º Informe General relativos a la salud mental de las personas privadas de libertad.

¹³⁸ Que, añade, enfatizan el deber de las agencias de *probation* de respetar los derechos humanos de las personas sujetas a sanciones y medidas y que, al planificar y llevar a cabo sus intervenciones, deben prestar la debida atención a la dignidad, salud, seguridad y bienestar de dichas personas.

penitenciarios y de *probation* a través de una serie de normas contenidas en el Apéndice del texto.

La primera parte de este Proyecto concreta el alcance que tendría la Recomendación, de ser aprobada, así como a los principios generales que deben orientar su aplicación.

La vocación de la Recomendación es extender la promoción de la salud mental y la gestión de los reclusos y liberados condicionales con trastornos mentales que estén bajo la responsabilidad de los servicios penitenciarios y de *probation*. En todo caso, el texto refleja claramente su vocación expansiva en ese doble objetivo para llegar a todas las personas privadas de libertad ya en instituciones penales, ya en otros lugares, pero por orden de una autoridad judicial. Tal expansión parece reflejar la conciencia del PC-CP de la existencia de distintos modelos de respuesta en los países miembros ante la privación de libertad de personas que padecen un trastorno mental y que han cometido un delito¹³⁹.

Para delimitar correctamente el ámbito de explicación, el borrador facilita en su regla 1 la definición de estos tres conceptos: personas con trastornos mentales, servicios penitenciarios y servicios de *probation*.

A efectos del Proyecto, se entiende por personas que padezcan trastornos mentales aquellas que presenten alteraciones clínicamente significativas en su cognición, regulación emocional o comportamiento¹⁴⁰.

En segundo lugar, en cuanto al ámbito de actuación de los servicios penitenciarios¹⁴¹, vincula la futura Recomendación al ámbito de aplicación de las Reglas Penitenciarias Europeas. En consecuencia, a efectos de esta futura Recomendación, se considerarán

¹³⁹ Esta conciencia quedaba reflejada de forma más explícita en el primer borrador del Proyecto de Recomendación, que expresamente refería, tras señalar su aplicación a las personas bajo la responsabilidad de los servicios penitenciarios y de *probation* tras la comisión de un delito, que “en algunas jurisdicciones, las personas diagnosticadas con un trastorno de salud mental pueden ser gestionadas conjuntamente con el sistema de atención médica en instituciones forenses especializadas. El enfoque interinstitucional es muy importante en ambos casos” (párrafo 8) PC-CP (2023) 6.

¹⁴⁰ Como aclaración, en el texto que el documento presenta como nota a pie y que presente ser la base para construir el Informe que acompañe la Recomendación, se cita expresamente a la OMS para vincular el trastorno mental con angustia o deterioro en áreas importantes del funcionamiento (Documento sobre Trastornos Mentales de 7 de junio de 2022), recordando que aquella ha destacado que los trastornos mentales se producen de una forma desproporcionada en las prisiones debido a varios factores como: la extendida y errónea concepción de que las personas con trastorno mental son peligrosas para la sociedad; la falta de tolerancia general hacia un comportamiento difícil o perturbador; la falta de promoción del tratamiento, cuidado y rehabilitación y, sobre todo, la falta de acceso o el acceso deficiente en muchos países a los servicios de salud mental; y añadiendo que estos trastornos bien pueden agravarse más debido al estrés de la prisión, bien pueden desarrollarse durante el tiempo de privación de libertad (Documento Salud Mental y Prisiones, 2005).

¹⁴¹ No da una definición de servicios penitenciarios al no hacerlo tampoco las RPE, si bien se aclara en nota que las Reglas asumen en su regla 46 (2) la existencia de un servicio penitenciario y que sí se ocupan del personal que debe componerle, siendo éste la última instancia responsable de la implementación de la Recomendación.

personas privadas de libertad aquellas que hayan sido detenidas por una autoridad judicial o que hayan sido privadas de su libertad después de ser condenadas (regla 10.1 RPE) que en principio sólo deberían ser detenidas en prisiones en las instituciones reservadas para ambas categorías (regla 10.2 RPE). Pero, además, también se aplicarán a las personas que estén detenidas por cualquier otro motivo en una prisión o que hayan sido detenidas por orden de una autoridad judicial o privadas de libertad después de ser condenadas y que, por otro motivo, lo estén en otro lugar (regla 10.3 RPE)¹⁴².

Y, en tercer lugar, la aplicación de la futura Recomendación por parte de los servicios de *probation* también lo será respecto a las personas que estén sujetas a sanciones o a medidas comunitarias¹⁴³.

En todo caso confirma igualmente que serán aplicables las medidas señaladas en la Recomendación respecto a las personas privadas de libertad o bajo *probation* que sean derivadas por los servicios penitenciarios o de *probation* a otras organizaciones para la promoción de su salud mental y la gestión de sus trastornos mentales¹⁴⁴.

Tras ello, el proyecto de Recomendación establece seis principios generales dirigidos a la promoción de la salud mental y a la gestión adecuada de las personas que padezcan trastorno mental y que se encuentren bajo la actuación de los servicios penitenciarios o de *probation*.

El primer principio se refiere al cuidado de la salud mental y al respeto a la dignidad humana. En concreto, establece que “los reclusos y liberados condicionales deberán recibir de manera inmediata el apoyo que necesiten para mantener, proteger y mejorar su salud mental, respetando su dignidad humana”¹⁴⁵ (párrafo 2). Este principio se

¹⁴² El texto aclara en sus notas que el Proyecto no está diseñado para abordar el tratamiento de los menores de edad (18 años) encarcelados o sometidos a sanciones o medidas comunitarias por la comisión de delitos, grupo también excluido de la aplicación de las RPE, y respecto a los que remite a lo establecido en las Reglas Europeas para menores sujetos a sanciones o medidas. Precisa, de todas maneras, que, si estos menores se encontrasen en una prisión, en tanto la medida pueda proteger sus intereses, sí sería aplicable lo establecido en la Recomendación de ser aprobada.

¹⁴³ Refiriendo expresamente para su definición a las Reglas Europeas de *Probation* de 2010, aclarando el borrador de futuro Informe de acompañamiento que de manera indirecta también se vincula con lo establecido en las Reglas Europeas sobre Sanciones y Medidas en cuanto a la definición de sanciones y medidas comunitarias.

¹⁴⁴ Indicándose en el proyecto de Informe de acompañamiento que deberá fomentarse esta vía de la cooperación con esas instituciones cuando los servicios penitenciarios o de *probation* no cuenten con la capacidad de ofrecer esta asistencia de forma interna.

¹⁴⁵ Pretendiendo reforzarse, como así señala el borrador de Informe adjunto, el vínculo fundamental entre salud mental y dignidad humana y remitiendo para ello a la consulta del art. 1 de la Rec (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales y al Libro Blanco (en su p. 16).

dirige, por tanto, hacia la parte positiva, la de cuidado de la salud mental y la prevención de los trastornos de toda la población penitenciaria.

El segundo principio es la consagración del de equivalencia en la atención. Así, el texto señala que “los reclusos y liberados condicionales deben tener acceso a la atención de salud mental que sea, al menos, de calidad equivalente a la proporcionada a la población general” (parágrafo 3)¹⁴⁶.

El tercer principio recoge el derecho a la información, estableciendo que “se deberá proporcionar a los reclusos y liberados condicionales información relevante, en un formato que puedan comprender, sobre cómo pueden acceder al apoyo para su salud mental” (parágrafo 4)¹⁴⁷.

El cuarto principio requiere que se prevea una respuesta alternativa adecuada para responder ante los casos en los que exista una incompatibilidad entre el cumplimiento de las penas o medidas con la salud mental del condenado, exigiendo que “se deberán establecer disposiciones alternativas para los reclusos y liberados condicionales cuya salud mental sea incompatible con la sanción o medida impuesta” (parágrafo 5). Enlaza este principio con uno de los aspectos más importantes, a la par que problemáticos: el lugar de prestación de la asistencia a las personas con trastornos mentales. Es el borrador del Informe de acompañamiento el que desarrolla esta cuestión, remitiendo a las RPE para recordar que la política nacional debería estipular que las personas cuyo estado de salud sea incompatible con la privación de libertad en una prisión sean enviadas a un establecimiento diseñado para tal fin (regla 12), y no prever la posibilidad

¹⁴⁶ El texto a nota subraya la necesidad de que exista un compromiso político de alto nivel para asegurar la equivalencia de la atención de la salud mental de las personas que estén bajo la responsabilidad de los servicios penitenciarios y de *probation* con los recursos, infraestructura y apoyo necesarios para su implementación, remitiendo para ello a lo establecido en el Libro Blanco del Consejo de Europa sobre la gestión de las personas con trastorno mental de 2023 (en su parágrafo 7). Destaca también que el esfuerzo debe dirigirse a conseguir la misma calidad de atención médica para reclusos y liberados condicionales que el que tiene el resto de la población en general, incluso si los medios para prestarla varían. Añade además que esa referencia expresa a la expresión “al menos” indica que en algunos casos será necesario proporcionar más servicios de salud mental para estas personas que los disponibles en la comunidad en general. Reitera también la necesidad de que los Estados miembros deban asegurar que las políticas que rigen la atención de salud mental para este colectivo sean una parte intrínseca de la política nacional de salud mental, dando una prioridad alta a las medidas que sean necesarias en la garantía de este principio de atención equivalente, para lo que remite al art. 10 de la Rec (98) 7 sobre los aspectos éticos y organizativos de la atención médica en prisión para su concreción. Entiende asimismo que deberá tenerse en cuenta que pueden existir variaciones en las necesidades de salud mental de estos grupos debido al género u otras características que, en todo caso, tendrán que ser consideradas para garantizar una respuesta equivalente en su tratamiento. Por último, refiere que, si el sistema nacional de asistencia sanitaria permite a los usuarios tener voz en la configuración de las intervenciones de atención de salud mental, deberán adoptarse las medidas necesarias para que también puedan ejercer este derecho los reclusos y liberados condicionales.

¹⁴⁷ Resaltando el borrador de Informe la importancia de que la información sea proporcionada en un formato que tenga en cuenta las capacidades cognitivas y lingüísticas de los reclusos y liberados condicionales.

de aplicar el confinamiento en solitario a las personas privadas de libertad con discapacidad mental (regla 60.6 b). Más allá, este texto es categórico al señalar que la política nacional debería estipular que el tratamiento de los trastornos mentales no debería tener lugar en instituciones penales, a excepción de unidades hospitalarias o unidades médicas adecuadas para el tratamiento de trastornos mentales, así como, en segundo lugar, que las personas con trastornos mentales graves que hayan sido ingresadas en prisión sean trasladadas inmediatamente a instalaciones de atención médica adecuadas cuando así sea necesario para su cuidado¹⁴⁸.

El quinto principio exige la coordinación de las actuaciones tratamentales referidas al delito cometido con la promoción de la salud mental: “cuando los presos o liberados condicionales estén sujetos a intervenciones relacionadas con el delito por el que han sido condenadas, estas intervenciones se coordinarán con la promoción de su salud mental en general” (parágrafo 6)¹⁴⁹.

El sexto y último principio recoge la continuidad en la atención de salud mental: “se garantizará la continuidad de la atención de salud mental para los reclusos y liberados condicionales con respecto a la atención iniciada antes o durante su encarcelamiento o su sometimiento a *probation*” (parágrafo 7). Como concreta el borrador del Informe de acompañamiento, deberá prestarse atención a posibilitar la continuidad en la atención de la salud mental de los reclusos y liberados condicionales conforme pasan entre las diferentes etapas de los sistemas de salud y de justicia penal, incluyendo el paso desde los servicios de salud convencionales a la prisión en el momento del ingreso, el traslado entre prisiones o entre la prisión y los centros de atención sanitaria -incluyendo los de salud mental forense- y también al salir de la prisión, se esté o no bajo la supervisión de los servicios de *probation*¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Añadiendo la necesidad de que se establezcan acuerdos específicos entre los sistemas penitenciario, de *probation* y de salud comunitarios para garantizar que puedan hacerse estos traslados sin demora.

¹⁴⁹ Como refiere el borrador del Informe de acompañamiento, el tratamiento o la terapia dirigidos a reducir la reincidencia puede incorporar componentes referidos a la salud mental, añadiendo que deben adoptarse medidas para asegurar que atiendan a la promoción de la salud mental en general de las personas que participen.

¹⁵⁰ Para ello, también señala la necesidad de que se establezca un enfoque coordinado, que requiere un alto nivel de cooperación entre los sistemas de salud y de justicia penal y, en este, de sus distintas dimensiones, que tenga como fin asegurar esa continuidad de la atención necesaria para que los servicios de salud mental funcionen de forma efectiva. Este enfoque debería establecerse tanto a nivel nacional, entre los departamentos de salud y justicia, como a nivel local, entre todos los recursos relevantes, para apoyar la planificación, contratación y prestación efectiva de los servicios. Sugiere además la creación de grupos de trabajo, por ejemplo, a nivel local, que trabajen juntos de manera regular y que reúnan al personal penitenciario y de *probation*, los profesionales de la salud y, si es adecuado, voluntarios, que trabajen en cada uno de los ámbitos: prisión, *probation* y salud mental. Señala, por último, que la derivación de personas con trastornos mentales a servicios externos de atención a la salud mental que puedan proporcionarles tratamiento después de la liberación, bajo supervisión o no de los servicios de *probation*, debe en

La parte segunda del borrador del Proyecto de Recomendación se dedica a los tipos de intervención adecuada para el primero de los objetivos que se marca: la promoción de la salud mental.

En primer lugar, se señala que “la promoción del mantenimiento, la protección y la mejora de la salud mental de los reclusos y los liberados condicionales se llevará a cabo mediante la implementación de medidas primeras, secundarias y terciarias” (parágrafo 8).

La intervención primaria (parágrafo 9) comporta la aplicación de una serie de medidas proactivas dirigidas a prevenir el inicio de problemas de salud mental entre las personas privadas de libertad o sometidos a *probation*. Entre ellas cita expresamente las siguientes: a) la creación de un entorno de apoyo y cuidado¹⁵¹; b) la posibilitación del acceso a servicios de salud mental desde el momento del ingreso en prisión o al servicio de *probation* en adelante¹⁵²; c) el ofrecimiento de información y educación sobre salud mental¹⁵³; d) el reconocimiento y, en la medida de lo posible, el abordaje de los factores sociales que influyen en la salud mental¹⁵⁴; e) la oferta de actividades físicas y de programas que promuevan el bienestar¹⁵⁵; f) el apoyo a contactos prosociales y comunitarios¹⁵⁶; y g) el apoyo para la reinserción en la comunidad¹⁵⁷.

todo caso seguir un protocolo escrito y requerir acuerdos de colaboración para el establecer una responsabilidad compartida.

¹⁵¹ En concreto, se señala a pie que la creación de un entorno de apoyo y cuidado fomenta relaciones sociales positivas, reduce el estrés y brinda oportunidades para el crecimiento personal y desarrollo, lo que puede ayudar en la prevención de la aparición de problemas de salud mental en estos colectivos. Añade que el personal penitenciario y de *probation* puede crear un entorno de apoyo al tratar a las personas que están bajo su responsabilidad con respeto y dignidad, dando oportunidades a que se produzca la interacción social y el apoyo, lo que puede tener un impacto positivo en su salud mental.

¹⁵² Señalando el borrador de Informe que brindar el acceso a servicios de salud mental que incluya la evaluación, la valoración y el tratamiento, podrá ayudar en la identificación y abordaje de los problemas de salud mental que se produzcan en una fase todavía temprana.

¹⁵³ Pues, se señala en nota, que la educación sobre la salud mental, las enfermedades mentales y la importancia de buscar ayuda pueden reducir el estigma y promover la intervención temprana. Indica también que los servicios de *probation* pueden proporcionar educación y capacitación sobre trastornos mentales a los miembros del personal y también a las personas que tienen bajo su supervisión.

¹⁵⁴ Refiere el proyecto de Informe adjunto que el abordaje de estos condicionantes sociales de la salud mental, entre los que cita la pobreza, la desigualdad o la discriminación, puede ayudar a la prevención del inicio de problemas de salud mental en las personas encarceladas.

¹⁵⁵ Señalando a nota a pie que la oferta de actividades y programas que promuevan el bienestar, como el ejercicio, la terapia artística y actividades de *mindfulness*, puede ayudar a prevenir el inicio de problemas de salud mental. En concreto, sobre la actividad física regular, señala cómo puede tener un impacto positivo en la salud mental en la medida en que reduce el estrés y la ansiedad y fomenta el bienestar. Por ello indica que las prisiones pueden fomentar la actividad física proporcionando el acceso a instalaciones deportivas, programas deportivos u otras actividades físicas.

¹⁵⁶ El mantenimiento de contactos prosociales de diversa naturaleza con familia, amigos y la comunidad, explica el borrador de Informe, puede suponer un importante factor en la promoción de

La intervención secundaria (parágrafo 10) implica la adopción de medidas proactivas dirigidas a la identificación y tratamiento de los problemas de salud mental entre los reclusos y liberados condicionales en una etapa temprana, antes de que adquieran una mayor gravedad. El borrador enumera los siguientes: a) la realización de evaluaciones para la detección de problemas de salud mental¹⁵⁸; b) la oferta de un tratamiento adecuado y efectivo¹⁵⁹; c) la proporción de servicios de intervención en situaciones de crisis¹⁶⁰; y d) la supervisión y evaluación de los servicios de salud mental¹⁶¹.

El último tipo de intervención propuesto es la terciaria (parágrafo 11), que implicará la adopción también de medidas proactivas, pero, en este caso, ante los problemas de salud mental que se hayan vuelto más graves o se hayan convertido en crónicos; en concreto, se refiere a dos: a) la proporción del acceso a servicios de salud mental especializados¹⁶²; y b) el abordaje del consumo de sustancias¹⁶³.

la salud mental positiva de los reclusos y liberados condicionales, indicando que las prisiones pueden facilitarlos a través de las visitas, permitiendo llamadas telefónicas y correo, así como respaldando programas de reintegración que promuevan las relaciones familiares y comunitarias. En este sentido, destaca la importancia de fomentar la relación entre los progenitores encarcelados y sus hijos, pues es donde más deficiencias existen, remitiendo a la Recomendación del Comité de Ministros de 2018 sobre niños con progenitores encarcelados.

¹⁵⁷ Se explica que ese apoyo para la reintegración en la comunidad puede ayudar a las personas con problemas de salud mental a gestionar sus síntomas y a reducir el riesgo de reincidencia.

¹⁵⁸ La realización de evaluaciones regulares de salud mental, se añade a nota, puede ayudar a identificar a las personas en riesgo de desarrollo de problemas de salud mental o que, incluso, estén en ese momento experimentándolos.

¹⁵⁹ Pues el tratamiento adecuado y eficaz, como en el caso de la terapia y la medicación, puede servir de ayuda a las personas a manejar sus problemas de salud mental y a prevenir que puedan volverse más graves.

¹⁶⁰ Señala el borrador del Informe que los servicios de intervención en situaciones de crisis, tales como los programas de intervención en casos de suicidio, pueden ayudar a prevenir que las personas atraviesen una crisis de salud mental.

¹⁶¹ La supervisión y evaluación periódica por los servicios de salud mental, añade el texto en nota, puede contribuir a garantizar su efectividad y que satisfagan las necesidades de las personas encarceladas.

¹⁶² El borrador del Informe explica que esta intervención terciaria está diseñada para prevenir que los problemas de salud mental se conviertan en trastornos mentales, que requieren el conjunto de tratamientos e intervenciones en situaciones de crisis que se refieren en la parte tercera del proyecto. La oportunidad de acceso a servicios de salud mental especializados, entre los que señala el tratamiento hospitalario o los programas especializados para las personas con enfermedades mentales graves, puede ayudar a gestionar y tratar problemas de salud mental graves o crónicos.

¹⁶³ Sobre ello se señala en nota que el abordaje simultáneo del consumo de sustancias legales e ilegales que pueden afectar a la salud mental puede ayudar a los reclusos y liberados condicionales que tengan problemas de salud mental a manejar sus síntomas y a reducir el riesgo de recaída. Recuerda asimismo que el consumo de sustancias puede tener un impacto negativo en la salud mental, al empeorar las condiciones de salud mental ya existentes y al aumentar el riesgo de desarrollar nuevos problemas. Por ello, los servicios de prisiones y *probation* pueden abordar el uso de sustancias mediante la articulación de programas educativos y de tratamiento con las personas que tengan trastornos por el consumo de estas sustancias.

La tercera parte del borrador de Proyecto de Recomendación con el que el PC-CP está actualmente trabajando se dedica al segundo de sus objetivos: la gestión de las personas que padecen trastorno mental y que se encuentran bajo el control de los servicios penitenciarios o de probation.

Como presupuesto de esa gestión, el texto afirma que los reclusos y liberados condicionales con trastornos mentales requieren de manera inmediata de un tratamiento específico y de otras intervenciones (parágrafo 12). El borrador del Informe adjunto que acompañará a la Recomendación recuerda el desafío que supone para los servicios penitenciarios la gestión de los trastornos mentales, puesto que las personas que pasan por el sistema de justicia penal tienen una mayor probabilidad de padecerlos que la población general. Esos problemas pueden afectar al individuo en cuestiones como su capacidad para cumplir con las normas de la prisión, el mantenimiento de relaciones positivas o la posibilidad de enfrentarse a los desafíos que conlleva la privación de libertad. En consecuencia, continúa, es fundamental que los servicios penitenciarios cuenten con la competencia y recursos necesarios para la gestión eficaz de los trastornos mentales de las personas que están bajo su cuidado¹⁶⁴.

Tres son los estadios de actuación para proceder a la gestión de las personas con enfermedad mental: la evaluación, la valoración y el tratamiento.

En cuanto al primero, la evaluación (parágrafo 13), el proyecto de Recomendación señala que los servicios penitenciarios y de *probation* deben asegurarse de que las personas que están a su cargo sean evaluadas por su personal, que esté suficientemente cualificado, o por servicios externos de salud mental con el objetivo de identificar a quienes padezcan trastornos mentales¹⁶⁵. Respecto a cuándo debe llevarse a cabo dicha evaluación, refiere que deberá realizarse en el ingreso a prisión en el caso

¹⁶⁴ En este sentido subraya también el borrador de Informe la importancia de que las prisiones promuevan una cultura de concienciación y apoyo a la salud mental, lo que puede concretarse en la implementación de programas educativos tanto para las personas encarceladas como para su personal, en campañas a través de carteles y otros materiales o en el acceso a programas de apoyo entre iguales. Entiende que, adoptando un enfoque integral y coordinado para la gestión de los trastornos mentales en las prisiones, los sistemas penitenciarios pueden fomentar el bienestar de las personas encarceladas y reducir el riesgo de resultados negativos. Asimismo, destaca la importancia que tiene la gestión de los trastornos mentales en los servicios de *probation*, pues también los liberados condicionales pueden tener una mayor probabilidad de padecer afecciones de salud mental que en la población general, con un impacto significativo en su capacidad para cumplir con los requisitos de la *probation*, mantener el empleo y llevar una vida satisfactoria. En consecuencia, señala que es fundamental que estos servicios tengan igualmente las competencias y recursos necesarios para una gestión eficaz de estos trastornos, lo que redundará en la promoción del bienestar de las personas bajo su cuidado, la reducción del riesgo de reincidencia y la mejora de la seguridad pública.

¹⁶⁵ Sobre esta evaluación o cribado, el proyecto de Informe sugiere que puedan utilizarse herramientas como cuestionarios y entrevistas, afirmando que se trata de un proceso que puede ayudar a que las personas reciban la atención y el apoyo adecuados durante el tiempo que están en prisión.

de los reclusos¹⁶⁶, o en el del inicio de la *probation* en el de los liberados condicionales, pero además deberá repetirse cuando sea necesario.

Si en esa evaluación se descubre que los reclusos o sometidos a *probation* tienen un trastorno de salud mental, como segundo estadio el borrador indica que deberán ser sometidos a una valoración integral con la finalidad de determinar la naturaleza y gravedad de su condición, así como cualquier factor de riesgo o las necesidades que pueda tener (parágrafo 14).

El siguiente paso es el tratamiento. El proyecto de Recomendación es categórico en la afirmación de que los servicios penitenciarios y de *probation* deberán proporcionar a los reclusos y liberados condicionales acceso a una variedad de opciones eficaces de tratamiento en salud mental¹⁶⁷. Ese tratamiento bien podrá ser administrado por personal penitenciario o de *probation* que se encuentre especializado y capacitado para ello, bien a través de servicios externos de salud mental. En todo caso, continúa, deberá basarse en el consentimiento libre e informado, salvo en casos excepcionales especificados en la legislación nacional en los que pueda aplicarse sin su consentimiento¹⁶⁸ (parágrafo 15).

Por último, esta tercera parte recoge las indicaciones que deben ser tenidas en cuenta para la intervención en los casos en los que se produzca una situación de crisis de salud mental (parágrafo 16). Así, en primer lugar, se señala que, si un recluso atraviesa una crisis de salud mental manifestada como autolesiones o un intento de suicidio, los servicios penitenciarios deberán intervenir para proporcionarle un apoyo inmediato, asistencia y tratamiento, ya sea a través del servicio de salud de la propia prisión o derivándolo a un servicio externo de salud mental¹⁶⁹. En cuanto a si esa misma

¹⁶⁶ En concordancia, como recuerda el texto del Informe, con lo establecido en las RPE (15.1 f), 16 a) y 42), en concreto, la evaluación por los servicios penitenciarios de los nuevos internos al ingreso, de conformidad con el principio de confidencialidad médica, con el registro de cualquier información relevante sobre su bienestar físico y mental, información que deberá se complementada de forma inmediata con un examen médico.

¹⁶⁷ Opciones de tratamiento que, como advierte el borrador de Informe, deben estar basadas en evidencias.

¹⁶⁸ Alude al respecto el proyecto de Informe el contenido del art. 5 del Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Medicina en relación a la exigencia de que cualquier intervención en el ámbito de la salud se realice únicamente después de que la persona afectada haya dado su consentimiento libre e informado, aplicando la regla 6 este principio también a los reclusos y liberados condicionales que puedan estar sujetos a dicho tratamiento.

¹⁶⁹ En este punto el borrador de Informe recuerda la jurisprudencia del TEDH que ha concluido la existencia de una vulneración del art. 3 CEDH ante la falta de intervención ante un interno que sufría una crisis de salud mental (SSTEDH Rivière vs. Francia, de 11 de julio de 2006; Slawomir Musial vs. Polonia, de 20 de enero de 2009; Dybeku vs. Albania, de 18 de diciembre de 2007; o Murray vs. Holanda, de 26 de abril de 2016). Añade que, ante riesgos de suicidio, puede considerarse que ha existido una vulneración del derecho a la vida (art. 2 CEDH) si las autoridades no adoptan medidas adecuadas para prevenirlo o si no investigaron adecuadamente las causas de su muerte con posterioridad (STEDH Coselav vs. Turquía, de 9 de octubre de 2012; Keenan vs. Reino Unido, de 3 de abril de 2001).

situación se produce en un caso de liberado condicional y llega a ser conocida por los servicios de *probation*, se señala que estos deberán intervenir remitiéndolo al servicio de salud mental de la comunidad más adecuado.

El proyecto de Recomendación dedica su parte cuarta a otra de las cuestiones de gran relevancia en la gestión de la salud y la enfermedad mental: el personal y su formación (párrafo 17). En este sentido se indica que el personal penitenciario y de *probation* deberá recibir capacitación en la promoción de la salud mental y también en la gestión de los trastornos mentales, capacitación que les permitirá actuar de forma eficaz con las personas que padecen estos problemas, mejorando la calidad de la atención y reduciendo el riesgo de consecuencias negativas¹⁷⁰.

La quinta y última parte del borrador recogen las recomendaciones relativas a la información y a la investigación. En cuanto al primer aspecto, señala la necesidad de recopilar de forma sistemática los datos anonimizados y agregados sobre la prevalencia de trastornos mentales en el sistema penal, con el fin de respaldar la planificación efectiva de los servicios y de facilitar la investigación con el objetivo de la mejora de la atención¹⁷¹. Asimismo, insta a la recopilación y supervisión de forma rutinaria de datos anonimizados sobre suicidios, intentos de suicidio y sobre autolesiones¹⁷² (párrafo 18).

Por último, y en cuanto a la investigación, el proyecto de Recomendación indica que se llevarán a cabo investigaciones con el objetivo de desarrollar una base de evidencias sólidas sobre intervenciones efectivas de apoyo a las personas con trastornos mentales

¹⁷⁰ Formación especializada en salud mental que, indica el borrador de Informe, debe ser entendida en el contexto marcado por las Directrices sobre contratación, selección, educación, formación y desarrollo profesional del personal penitenciario y de *probation* (CM (2009/111-add)). Concreta además que todo el personal penitenciario y de *probation* debería contar con un programa de formación y con cursos de actualización en salud mental, psicología y prevención del suicidio. Añade que deben recibir información sobre cómo interactuar y dar apoyo a reclusos y liberados condicionales que padezcan trastornos mentales, lo que puede ayudar a reducir el estigma y a promover la importancia del seguimiento del tratamiento, remitiendo sobre ello al informe sobre la visita del CPT a Rumanía en 2021 (CPT/Inf (2022) 06, párrafo 67. También refiere que el personal debería recibir información en diferentes aspectos de conocimiento y técnicas de intervención, posiblemente incluyendo enfoques restaurativos, debiéndose prestar especial atención a la prevención del suicidio y de las autolesiones, al estar estos comportamientos relacionados normalmente con problemas de salud mental.

¹⁷¹ El futuro Informe, remitiendo a lo establecido en el Libro Blanco (7.1 c), subraya que los Estados miembros deberían tomar medidas para exigir esa recopilación sistemática de los datos anonimizados y agregados sobre la prevalencia de trastornos mentales en el sistema de justicia penal. Añade que para respaldar este proceso deben ser desarrollados métodos de recopilación de datos sobre trastornos mentales de forma adecuada y de acuerdo con las normas de protección de datos europeas. Sugiere en este sentido que el uso de herramientas de evaluación estructurada podría facilitar este proceso.

¹⁷² A lo que el borrador de Informe, tras nuevamente destacar que son los Estados miembros los que deben exigir que se recopilen y se supervisen esos datos estandarizados y anonimizados tanto a nivel local como nacional, señala que deben ser utilizados para identificar tendencias a largo plazo, evaluar posibles actuaciones preventivas, así como para compartir buenas prácticas.

en prisión o sometidas a *probation*, así como en lo que respecta a la implementación de políticas y prácticas de salud mental en el sistema penal¹⁷³ (párrafo 19).

2.2. Estándares del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura sobre enfermedad y salud mental

2.2.1. El papel de los estándares del CPT en la prevención de la tortura, el maltrato y las condiciones inadecuadas de cumplimiento

Desde el inicio de su andadura en 1987, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura¹⁷⁴, como máximo órgano de prevención de la tortura y las penas o tratos inhumanos o degradantes en Europa en los lugares de privación de libertad por una autoridad pública, ha prestado especial atención a los centros penitenciarios, junto a los centros de detención policial, si bien paulatinamente ha ido incrementando sus visitas a otros lugares de privación no voluntaria de la libertad, como los psiquiátricos. En esa evaluación, y dado que las situaciones que pueden ser calificadas como tortura no son habituales en los lugares de privación de libertad en Europa, su labor se ha extendido también a lo que debe entenderse como condiciones aceptables en la custodia.

En esa labor de prevención, realizada a través de las visitas del Comité a los lugares de privación de libertad bajo una autoridad pública y de la elaboración posterior de los informes nacionales y anuales, ha ido generando la creación de un cuerpo sólido de estándares que, inicialmente nacidos como guía para facilitar la labor de los expertos en la evaluación de las actuaciones de las administraciones y su personal en esos lugares, se han convertido en uno de los principales motores del derecho penitenciario europeo, junto con las recomendaciones elaboradas por el Comité de Ministros del Consejo de Europa y, por supuesto, la jurisprudencia del TEDH.

En esos estándares, que son extraídos y compilados por el CPT de los Informes Generales que presenta anualmente al Comité de Ministros y publicados de forma

¹⁷³ Concluye al respecto el borrador del Informe que acompañaría a la Recomendación, de ser aprobada, que debido a la falta de evidencias en la actualidad que respalden la eficacia de las intervenciones para las personas con trastornos mentales en prisión o bajo *probation*, los Estados miembros deberían, como una cuestión prioritaria, aumentar la financiación para la investigación y colaborar con profesionales y con la academia. Siendo aún más deficitaria la base de evidencias respecto a la salud mental de las personas bajo *probation*, indica asimismo que debería establecerse un programa de investigación en salud mental con expertos que trabajen en este entorno. Además, entiende que debería haber suficiente financiación para evaluar la implementación de las políticas y prácticas de salud mental y de su impacto en la salud y en los resultados de reincidencia.

¹⁷⁴ Creado por el Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes de 1987.

separada¹⁷⁵, la enfermedad mental ha ido poco a poco haciéndose un hueco importante entre las preocupaciones del Comité.

En todo caso, no hay que perder de vista que la perspectiva del Comité en el abordaje del análisis de la gestión de la enfermedad mental está totalmente determinada por su función como órgano de prevención de maltrato o comportamientos que puedan ser considerados como inhumanos o degradantes. De ahí que en sus estándares sobre asistencia psiquiátrica uno de los aspectos más desarrollados haya sido el de las sujeciones mecánicas, aspecto que preocupa de forma intensa al CPT por su potencialidad de maltrato. Y aunque el Comité apunta, cada vez con más fuerza, aspectos que van más allá y que se refieren a condiciones adecuadas de trato, no es su función diseñar un modelo de gestión.

2.2.2. Los estándares del CPT sobre asistencia sanitaria psiquiátrica

Fue en su tercer Informe General, publicado en 1993¹⁷⁶, donde el CPT introdujo sus primeros estándares sobre Servicios de asistencia sanitaria en las prisiones, destacando la importancia que esta cuestión tiene para su mandato en tanto órgano de prevención de la tortura puesto que “un nivel inadecuado de asistencia sanitaria puede conducir rápidamente a situaciones que caigan dentro del término `tratamiento inhumano o degradante`”. La asistencia sanitaria, como también refiere el Comité, desempeña un papel fundamental en la lucha contra los malos tratos y tiene un indudable impacto en la calidad de vida global del establecimiento.

La función de estos primeros estándares era señalar a las delegaciones del Comité que se desplazaban para hacer las visitas a las distintas prisiones de los países miembros del Consejo de Europa cuáles son los aspectos que deben ser objeto de examen respecto a los servicios de asistencia sanitaria: el acceso a un médico; la igualdad en la asistencia; el consentimiento del paciente y la confidencialidad; la asistencia sanitaria preventiva; la asistencia humanitaria; la independencia profesional; la competencia profesional. Todos ellos parten del mismo presupuesto: el principio de equivalencia de trato en relación con la asistencia sanitaria ofrecida fuera de la prisión. Subraya el CPT además la importancia del papel de los responsables de la prisión en la detección de los internos que puedan presentar problemas psiquiátricos (depresión, estado reactivo, etc.) para ajustar su entorno de forma adecuada, apuntando en este sentido la necesidad de una adecuada formación sanitaria de determinados miembros del personal de custodia.

¹⁷⁵ <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards>.

¹⁷⁶ CPT/Inf(93)12, párrafos 30 y ss.

Es precisamente bajo la dimensión de ese principio, la igualdad en la asistencia o la equivalencia en el trato, bajo el cual el CPT se refiere en estos estándares a dos tipos de asistencia, la medicina general y la asistencia psiquiátrica. Subraya el Comité que, en relación con la población general, hay una alta incidencia de reclusos que presentan síntomas psiquiátricos. Por ello, en primer lugar, señala que tanto la dotación del número de personal médico y de enfermería¹⁷⁷, como la organización de los centros penitenciarios, debe posibilitar la realización periódica de programas farmacológicos, psicoterapéuticos y de terapia ocupacional.

En cuanto al tipo de establecimiento, el CPT considera en estos primeros estándares que los reclusos enfermos mentales deben ser ubicados y atendidos en una instalación hospitalaria que esté adecuadamente equipada y dotada con personal con la formación adecuada. En cuanto a su naturaleza no se pronuncia expresamente a favor de un modelo concreto: refiere que pueden ser bien un hospital mental de naturaleza civil o una instalación psiquiátrica especialmente equipada dentro del sistema penitenciario, planteando sucintamente la problemática de cada modelo. Así, señala que hay una posición, que califica como ética, que plantea que lo más apropiado es el ingreso de los internos con enfermedades mentales en instituciones sanitarias de naturaleza pública, fuera del sistema penitenciario. Por otro lado, señala que se puede argumentar que su ubicación en instalaciones psiquiátricas dependientes del sistema penitenciario permite la asistencia sanitaria en condiciones óptimas de seguridad, intensificando además las actividades de los servicios médicos y sociales. Eso sí, continúa el Comité, “sea cual sea el sistema que se elija” la instalación psiquiátrica debe contar con una capacidad de alojamiento adecuada. Advierte que esa falta de capacidad produce que, a menudo, se den períodos de espera prolongados antes de poder realizar el traslado necesario. Con rotundidad señala que el traslado a instalaciones psiquiátricas debe ser considerado como una cuestión de máxima prioridad.

En cuanto a la gestión de las personas con problemas mentales y de carácter violento, el CPT plantea que deben ser tratados bajo estrecha supervisión y apoyo sanitario y, de ser necesario, refiere el uso de sedantes. En cuanto al uso de

¹⁷⁷ De hecho, el número de médicos, entre los que cita expresamente a los psiquiatras, -además de su presencia diaria en prisión, formación y remuneración- es uno de los ítems que en relación con el personal sanitario ha incorporado el CPT en la entrevista inicial con el responsable en su *Checklist* sobre Inspección de los servicios médicos penitenciarios por un médico del CPT publicados en 2017 como instrumento para ser usado durante sus visitas. También en ese listado, en el bloque de dolencias encontradas, se refiere a la averiguación sobre la información en el centro visitado sobre trastornos mentales (trastornos psicóticos, consentimiento para el tratamiento, uso de aislamiento o de sujeciones) y, en cuanto a la medicación, se pide la evaluación de su cantidad, gratuidad, su uso inadecuado (en el caso, por ejemplo, de las benzodiazepinas), el porcentaje de internos con medicación y su forma de distribución (cómo, por quién, confidencialidad y supervisión de la ingesta). CPT/Inf (2017)20.

instrumentos de represión física, entiende que puede ser justificado sólo en contadas ocasiones y, en todo caso, que debe ser expresamente ordenado por un médico o, al menos, puesto en su conocimiento para que dé su aprobación, así como que deben ser retirados en cuanto no sean necesarios, rechazando que puedan ser aplicados como forma de castigo.

Tampoco rechaza en estos primeros estándares de forma absoluta el uso de la represión física: señala, en este caso, que debería ser registrado el recurso a ella tanto en el historial del paciente como en el registro que se estime adecuado, indicando el número de veces que se ha utilizado, la hora de inicio y de finalización, además de las circunstancias del caso y los motivos por los que se ha recurrido a ella.

También a este tipo de asistencia psiquiátrica se deben entender aplicables los estándares que en este Informe General desarrolla el CPT en cada uno de los aspectos anteriormente señalados, tanto en el acceso sin demora a un miembro de los servicios de asistencia sanitaria en el momento del ingreso así como en cualquier otro en el que se necesite¹⁷⁸; el derecho a la información y la confidencialidad y la necesidad del consentimiento de todo paciente que tenga capacidad de discernir¹⁷⁹; la independencia¹⁸⁰ y la competencia profesional del personal sanitario¹⁸¹. Bajo la asistencia sanitaria preventiva, junto a las cuestiones referidas a las condiciones de higiene, la prevención de las enfermedades transmisibles y de la violencia, o el mantenimiento de vínculos sociales y familiares, el CPT se refiere expresamente a la prevención contra el suicidio como uno de los objetivos de la asistencia sanitaria en las prisiones¹⁸². Y al abordar la asistencia humanitaria que requieren determinadas categorías en prisión que entiende el Comité como especialmente vulnerables, y que precisan de una mayor atención por parte de los servicios de asistencia sanitaria en

¹⁷⁸ CPT/Inf(93)12, parágrafos 33 a 37.

¹⁷⁹ CPT/Inf(93)12, parágrafos 45 a 51.

¹⁸⁰ Considera el CPT que es importante que, para garantizar la independencia en esa asistencia sanitaria, el personal sanitario de una prisión esté lo más alineado posible con el servicio de asistencia sanitaria de la comunidad en general, debiendo regirse sólo por criterios médicos. CPT/Inf(93)12, parágrafos 71 a 74.

¹⁸¹ En este sentido, señala el CPT que el personal médico y de enfermería de las prisiones debe tener conocimientos especializados que le capacite para tratar las formas particulares de las patologías que hay en las prisiones y para adaptar los métodos de tratamiento a las condiciones impuestas por la privación de libertad. CPT/Inf(93)12, parágrafos 75 y ss.

¹⁸² Señalando la importancia tanto del reconocimiento médico y el proceso de ingreso para la detección de los que pueden presentar este riesgo, como durante la privación de libertad, así como la necesidad de ser sometidos a un régimen especial de observación. CPT/Inf(93)12, parágrafos 57 a 59.

prisión, los estándares se refieren a los internos con desórdenes de la personalidad¹⁸³. Indican que en las prisiones existe siempre un grupo de individuos “desequilibrados, marginales, que tienen una historia de traumas familiares, larga adicción a las drogas, conflictos con la autoridad u otras desgracias sociales” y que “pueden ser violentos, suicidas o estar caracterizados por un comportamiento sexual inaceptable y la mayoría del tiempo son incapaces de controlarse o cuidar de ellos mismos”, proponiendo para ello, en tanto sus necesidades no son sólo médicas, que el médico pueda promover el desarrollo de programas socioterapéuticos en unidades penitenciarias supervisadas cuidadosamente y que estén alineadas con las existentes en la comunidad exterior, dado que pueden facilitar la asunción de la responsabilidad y la preparación para la reintegración, disminuyendo los sentimientos de humillación y desprecio contra sí mismos.

En todo caso, como el CPT apunta en estos estándares, no existe un modelo único sobre la ubicación de los reclusos con problemas mentales. En algunos sistemas pueden ser derivados a establecimientos psiquiátricos de naturaleza civil; en otros a centros de naturaleza asistencial. Sobre ambos tipos de establecimiento, en tanto el CPT es competente para evaluar el trato dado a las personas privadas de libertad bajo autoridad pública, ha elaborado también sus propios estándares.

Respecto a los primeros, referidos al Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos¹⁸⁴, el CPT aclara que los establecimientos por él visitados incluyen tanto a hospitales psiquiátricos -que además de pacientes voluntarios, tienen a personas hospitalizadas contra su voluntad para recibir tratamiento psiquiátrico en el marco de un proceso civil¹⁸⁵-, como instalaciones (hospitales especiales, unidades determinadas en hospitales civiles, etc.) para personas cuya admisión ha sido ordenada en el marco de un procedimiento penal. También alcanza a las instalaciones psiquiátricas para internos que han desarrollado una enfermedad mental en el curso de su encarcelamiento, ya sean tratados en instituciones psiquiátricas civiles o ya dentro del sistema penitenciario.

¹⁸³ Junto a las madres e hijos, adolescentes e internos no aptos para detenciones prolongadas. CPT/Inf(93)12, parágrafos 64 y ss. Este grupo considerado como vulnerable se ha visto incrementado y así, en la *checklist* publicada por el CPT en 2017 para facilitar la labor de las delegaciones en las visitas nacionales, se incluye como internos vulnerables a los ancianos, las mujeres, las personas con discapacidad, el colectivo LGTB, los jóvenes, las minorías étnicas y los extranjeros indocumentados. CPT/Inf(2017) 20.

¹⁸⁴ Publicados en el 8º Informe General, publicado en 1998. CPT/Inf(98)12.

¹⁸⁵ Respecto a este tipo de internamientos de naturaleza civil, el CPT señala que si bien en muchos países la decisión debe ser adoptada -o al menos confirmada en un breve plazo de tiempo- por una autoridad judicial de acuerdo con el criterio psiquiátrico, en muchos otros países esa intervención judicial no está prevista. En todo caso, establece que una persona ingresada involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico por una autoridad judicial debe tener derecho a interponer una demanda que permita evaluar de forma inmediata por una autoridad judicial la legalidad de tal decisión. Parágrafo 52.

Es verdad que tampoco se pronuncia categóricamente sobre el modelo de respuesta, pero ya en sus observaciones finales se puede ver un avance en su posición. Así, aunque parte de que la organización de los servicios de asistencia sanitaria para personas con problemas psiquiátricos varía de un país a otro y es un asunto que compete a cada Estado, el CPT llama la atención sobre la tendencia de varios países a reducir la capacidad de los grandes establecimientos psiquiátricos y la opción de desarrollar unidades sanitarias mentales basadas en la comunidad, lo que entiende como un avance muy favorable siempre que proporcionen una asistencia sanitaria de calidad. Afirma también que actualmente está muy aceptado que los grandes establecimientos psiquiátricos suponen un riesgo significativo de institucionalización, no sólo para los pacientes, sino también para el personal, que incrementa si además están situados en poblaciones aisladas, lo que puede perjudicar el tratamiento del paciente. En cambio, los programas de atención, configurados con distintos tratamientos psiquiátricos, son más fáciles de realizar en unidades pequeñas que se encuentren situadas cerca de los principales núcleos urbanos¹⁸⁶.

Partiendo de la aplicación y proyección de los criterios generales sobre asistencia sanitaria¹⁸⁷ también al internamiento involuntario en los establecimientos psiquiátricos, el CPT desarrolla en estos estándares de 1998 las cuestiones fundamentales en las que el Comité se centra en las visitas a estos establecimientos psiquiátricos.

Respecto al personal, nuevamente señala el Comité la necesidad de que los recursos sean adecuados en número, categoría (psiquiatras, médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales,...) y también en experiencia y formación¹⁸⁸. Destaca la importancia de la actitud de los médicos y el personal sanitario en el establecimiento de una relación terapéutica con sus pacientes y en la necesidad de que las distintas categorías de personal que trabajen en una unidad psiquiátrica se reúnan periódicamente para identificar y tratar y resolver los problemas diarios¹⁸⁹. En su

¹⁸⁶ CPT/Inf(98)12, parágrafo 58.

¹⁸⁷ Recordemos: acceso a médico; igualdad en la asistencia; consentimiento del paciente y confidencialidad; asistencia sanitaria preventiva; independencia profesional y competencia profesional.

¹⁸⁸ Manifiesta el CPT en estos estándares su sorpresa por el escaso número de personal de enfermería psiquiátrico y de personal cualificado para realizar actividades de terapia social que hay en algunos países, aunque también muestra su optimismo ante el desarrollo de la formación sanitaria psiquiátrica especializada y la terapia social y en que produzcan una mejora en la calidad asistencial, con menor recurso a tratamientos físicos y uso de medicación.

¹⁸⁹ Se refiere también a la necesidad formación, de apoyo externo y de oportunidades de traslado para evitar que el personal se aisle y de que se promueva la presencia de personas independientes, como estudiantes e investigadores, y de organismos externos.

análisis sobre la prevención de los malos tratos en este ámbito¹⁹⁰, llama la atención el CPT sobre que los casos de maltrato deliberado por el personal de los establecimientos psiquiátricos suelen venir del personal auxiliar, más que del personal médico o de enfermería, instando a una selección cuidadosa y a una formación adecuada del personal auxiliar, además de su estrecha supervisión por parte del personal de asistencia sanitaria durante la realización de sus tareas. Expresa asimismo sus importantes recelos sobre el uso que en algunos países se hace de determinados pacientes o de presos en establecimientos penitenciarios colindantes que son empleados como personal auxiliar en instalaciones psiquiátricas. Entiende el CPT que debe ser el último recurso y, de hacerse, deberá existir una supervisión continua por parte del personal de asistencia sanitaria. Destaca además que precisamente para prevenir el maltrato es necesario proteger a determinados pacientes psiquiátricos de otros pacientes que podrían causarles daño, para lo que llama a que haya presencia continua de personal adecuado en todo momento, también las noches y en fin de semana, a adoptar medidas específicas para pacientes particularmente vulnerables (como los discapacitados psíquicos y/o adolescentes con trastornos mentales) y a que haya un control adecuado por parte de la dirección de todas las categorías del personal¹⁹¹.

El CPT también repara con especial atención en las condiciones de vida y en el tratamiento de los pacientes puesto que su deficiencia puede dar lugar a un trato inhumano o degradante. Y aunque admite que ambos aspectos están condicionados por los recursos disponibles y que, al igual que ocurre en la asistencia sanitaria, ante graves dificultades económicas se realizan recortes, el CPT subraya que siempre deben quedar garantizadas por el Estado determinadas necesidades básicas de las personas que tienen a su cargo o bajo custodia como la alimentación adecuada, la calefacción y ropa y, en los centros sanitarios, la medicación apropiada.

En cuanto a las condiciones de vida¹⁹², deben ir dirigidas a crear ambiente terapéutico positivo, que redundará tanto en el bienestar de los pacientes como de los trabajadores. Para ello es necesario que cada paciente tenga suficiente espacio, con una dotación y decoración adecuada¹⁹³ y una adaptación a las necesidades de determinados colectivos,

¹⁹⁰ CPT/Inf(98)12, parágrafos 27 a 31.

¹⁹¹ Aboga también porque se revisen las normas y prácticas que puedan crear un clima de tensión entre el personal y los pacientes y advierte del efecto negativo que en el sistema de valores del centro pueden provocar medidas como la imposición de multas al personal en el caso de una fuga de un paciente. CPT/Inf(98)12, parágrafo 31.

¹⁹² CPT/Inf(98)12, parágrafos 34 a 36.

¹⁹³ Recomienda la dotación de mesitas de noche y armarios, así como que conserven determinadas pertenencias personales (fotografías, libros, etc.) y la importancia de que tengan un espacio de uso personal en el que guardar bajo llave sus pertenencias. Señala además el Comité

como los ancianos o las personas con discapacidad¹⁹⁴. En este sentido, el CPT manifiesta su voluntad de dejar claro su apoyo a la tendencia observada en varios países de cerrar en los hospitales psiquiátricos los dormitorios de amplia capacidad, instalaciones que entiende apenas compatibles con la psiquiatría moderna. En cambio, entiende que la previsión de unidades de alojamiento basadas en pequeños grupos es fundamental para preservar y/o restaurar la dignidad de los pacientes, además de un elemento clave para la rehabilitación psicológica y social de los pacientes y que facilita la ubicación en categorías con fines terapéuticos. Asimismo, el CPT se manifiesta a favor de la práctica, cada vez más adoptada, de permitir que los pacientes tengan acceso a sus dormitorios durante el día en lugar de ser obligados a permanecer junto con los otros pacientes en zonas comunes.

Igualmente afirma el Comité que debe garantizarse que tengan una alimentación adecuada, calefacción y ventilación, así como unas condiciones higiénicas adecuadas y un espacio de cierta privacidad. Rechaza la práctica de algunos establecimientos psiquiátricos de vestir a los pacientes con batas o pijamas, pues la individualización de la ropa, que refuerza la identidad personal y la autoestima, forma parte del proceso terapéutico. La alimentación es algo que preocupa especialmente al Comité, que señala que debe ser adecuada tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, preparada y suministrada de manera adecuada¹⁹⁵ y adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad.

Como garantías durante ese internamiento¹⁹⁶, los estándares también recogen el derecho a la información al ingreso¹⁹⁷, el establecimiento de un procedimiento de quejas¹⁹⁸, así como el contacto con el mundo exterior, con el envío y recepción de

que se deberá prestar especial atención a la decoración de las salas de los pacientes y a las zonas de recreo.

¹⁹⁴ Como, por ejemplo, la adaptación de los aseos o la dotación de un equipo hospitalario básico que permita al personal facilitar una asistencia adecuada (como la higiene personal de los que están postrados en cama).

¹⁹⁵ Subraya el CPT que la realización de los actos diarios como, por ejemplo, comer con los cubiertos adecuados sentados en una mesa, supone una parte integral de los programas de rehabilitación psicosocial de los pacientes.

¹⁹⁶ CPT/Inf(98)12, párrafos 53 a 55.

¹⁹⁷ Debería darse para ello a cada paciente y a sus familiares a su ingreso un folleto en el que se explique la rutina del centro y los derechos reconocidos a los pacientes, facilitando su comprensión a aquellos que necesiten ayuda para ello.

¹⁹⁸ Garantía básica, como recuerda el CPT, en la lucha contra el maltrato en este tipo de establecimientos. Por ello deberían establecerse las medidas necesarias para que puedan presentar quejas formales a un organismo designado para ello y para comunicarse confidencialmente con una autoridad competente fuera del establecimiento. También señala el CPT la relevancia de que este tipo de establecimientos sean visitados regularmente por un organismo externo independiente (ya sea un juez o un comité supervisor), que pueda inspeccionar

correspondencia, el derecho a comunicarse por teléfono y a recibir visitas de familiares y amigos, además del acceso, con garantías de confidencialidad, a un abogado.

En relación con el tratamiento psiquiátrico¹⁹⁹, los estándares del CPT apuestan claramente por el diseño individualizado de un plan de tratamiento para cada paciente que contemple una gama amplia de actividades de rehabilitación y terapéuticas, incluyendo la terapia ocupacional, la terapia de grupo, la psicoterapia individual, el arte, el teatro, la música y los deportes. Señala también el CPT la necesidad de que se pueda acceder de forma habitual a salas de recreo debidamente equipadas, que tengan la posibilidad de hacer ejercicio diario al aire libre y de que se les ofrezca el acceso a la educación y a un trabajo adecuado.

En cambio, advierte el CPT que en demasiadas ocasiones se encuentra con que ese tratamiento basado en la rehabilitación social está infra desarrollado o incluso es inexistente, y que esencialmente el tratamiento se basa en la farmacoterapia, ya por ausencia de personal cualificado, ya por falta de instalaciones adecuadas, o bien por el seguimiento de una filosofía ya anticuada basada en la custodia de los pacientes. Si bien el CPT, a renglón seguido, aclara que la medicación psicofarmacológica es una parte necesaria del tratamiento que se da a los pacientes con problemas mentales y que deben existir procedimientos que garanticen el suministro regular de las medicinas adecuadas.

También se pronuncia el Comité sobre la terapia electroconvulsiva (ECT), partiendo de que se trata de una forma reconocida de tratamiento a los pacientes psiquiátricos que sufren algún tipo determinado de desorden. En todo caso respecto a este tipo de terapia, el CPT muestra su preocupación y la necesidad del establecimiento de una serie de garantías: su inclusión en un plan de tratamiento, su administración de forma modificada (con relajantes anestésicos y musculares)²⁰⁰, fuera de la vista de otros pacientes y por personal que haya sido entrenado específicamente para realizarla, debiendo en todo caso quedar recogido su uso en un archivo específico para que la dirección del hospital pueda identificar las prácticas indeseables.

Tanto el estado de salud del paciente como la medicación que se le haya prescrito deben ser revisados periódicamente y, consecuentemente, adoptadas las decisiones adecuadas en relación con una posible alta hospitalaria o al traslado a un ambiente con

su actividad y hablar de forma privada con los pacientes, recibir cualquier queja y hacer las recomendaciones que entienda necesarias.

¹⁹⁹ CPT/Inf(98)12, parágrafos 37 a 46.

²⁰⁰ El CPT se manifiesta categórico contra la ECT no modificada, considerando que no es aceptable en la práctica de la psiquiatría moderna y refiriendo que, además del riesgo de fracturas y otras consecuencias médicas adversas, es degradante tanto para el paciente como para el personal que la administre.

menos restricciones. En este sentido, y en cuanto al alta, los estándares señalan que en principio debería cesar la estancia involuntaria en un establecimiento psiquiátrico tan pronto como deje de ser necesario para el estado mental del paciente; de ahí la importancia de las revisiones²⁰¹. Ahora bien, también dicen que, si la estancia involuntaria es para un período sin especificar, especialmente en el caso de personas que hayan sido ingresadas de forma obligatoria en el marco de un proceso penal y que sean consideradas peligrosas, deberá procederse a una revisión automática periódica para evaluar la necesidad de continuar con ese ingreso²⁰². Ello no obsta a que pueda seguir necesitando tratamiento y/o un ambiente protegido en el exterior. Y sobre ello advierte con alarma el Comité que ha descubierto en varios países pacientes que permanecían en establecimientos psiquiátricos, sin ya requerirlo, debido a la falta de asistencia/alojamientos adecuados en el exterior.

Los estándares sobre tratamiento también recogen la necesidad de que exista un historial médico personal y confidencial para cada paciente²⁰³, al que tengan acceso como derecho salvo que fuera desaconsejable desde un punto de vista terapéutico, así como a poder pedir la información que contiene para poderla poner a disposición de su familia o de su abogado²⁰⁴. Respecto al consentimiento, el CPT entiende que, en principio, deberían estar en la situación de dar su libre consentimiento al tratamiento siendo conscientes del mismo, sin que el mero ingreso en un establecimiento psiquiátrico de forma involuntaria pueda ser interpretado como una habilitación para el tratamiento sin dicho consentimiento. En consecuencia, se tendrá que dar oportunidad al paciente de que rechace el tratamiento o cualquier intervención médica. El CPT es claro a este respecto: cualquier derogación de este principio fundamental debe estar basado en la ley y sólo ante circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas²⁰⁵.

²⁰¹ Que, de haber sido el ingreso para un determinado período, renovable en función de las pruebas psiquiátricas, deberá realizarse cuando y conforme se haya determinado en el ingreso.

²⁰² Revisión que además debe poder exigir el paciente ante una autoridad judicial. Parágrafos 56 y 57.

²⁰³ Que contenga su diagnóstico, los exámenes a los que se les someta y el registro continuo de su estado de salud mental y somático y de su tratamiento.

²⁰⁴ Asimismo, en los casos de traslado ese historial deberá ser entregado a los médicos del nuevo establecimiento y, de ser puesto en libertad, y previo consentimiento, al médico que lo trate en el exterior.

²⁰⁵ Especifica también que ese consentimiento sólo podrá ser entendido como libre y expreso cuando esté basado en una información completa, exacta y comprensible del estado del paciente y del tratamiento propuesto. Por ello, todos los pacientes deberían recibir la información necesaria sobre su estado y el tratamiento propuesto, además de la información relevante después del mismo. CPT/Inf(98)12, párrafo 41.

En cuanto al uso de los medios de represión, tampoco en estos estándares de 1998 se muestra el CPT contrario ante pacientes que se muestren agitados o violentos²⁰⁶. Entiende que puede ser necesario pero también manifiesta su preocupación puesto que potencialmente pueden suponer un abuso o un maltrato, por lo que requiere que debe haber una política claramente definida, en la que la primera respuesta deba ser, en la medida de lo posible, no física (instrucciones verbales) y sólo de ser necesaria, la represión física, limitada, en principio, al control manual. Para ello todo el personal debería recibir formación. El recurso a instrumentos de represión física como correas o camisa de fuerza entiende el Comité que sólo se justificará en ocasiones excepcionales y que, en todo caso, debe ser expresamente ordenado por un médico, o al menos informado para su aprobación, además de deber ser retirado en cuanto sea posible y nunca ser aplicado, o prolongado tras su aplicación, como forma de castigo. En caso contrario, como así se ha encontrado el CPT en sus visitas, podría tratarse de maltrato.

Respecto al aislamiento de los pacientes violentos o difíciles de controlar, se congratula el CPT porque sea una tendencia superada por la psiquiatría moderna y también desechada en muchos países. Ahora bien, mientras sea realizada, también reclama sobre ella que haya una política clara que tenga en cuenta los supuestos en los que puede ser utilizado, los objetivos buscados, su duración, la necesidad de revisiones periódicas, la existencia de contacto humano adecuado y la necesidad de personal que esté atento durante su adopción. En todo caso, afirma también con rotundidad que no puede utilizarse la reclusión como castigo.

Sea cual sea la forma de represión física que se utiliza para un paciente (control manual, restricción física o aislamiento), deberá quedar registrada en su expediente y en un registro destinado a este propósito, incluyendo las fechas de inicio y fin de la medida, las circunstancias del caso, la justificación de su adopción, el nombre del médico que la ordenó o aprobó y el número de lesiones sufridas por los pacientes o por el personal; ello facilitará la gestión de estas incidencias y su supervisión.

Ahora bien, sobre esta última cuestión, nueve años después el CPT adoptó nuevos estándares, en concreto, sobre Medidas de restricción en establecimientos psiquiátricos para adultos²⁰⁷. Haciéndose eco de que durante este tiempo el uso de la fuerza ha seguido suscitando polémica y la existencia de posturas en el ámbito de la psiquiatría que defienden métodos alternativos de control, el CPT sigue considerando que la adopción de medidas restrictivas para la libertad de movimientos en pacientes nerviosos y/o violentos puede resultar “a veces” necesaria, si bien reitera de nuevo su

²⁰⁶ CPT/Inf(98)12, parágrafos 47 y ss.

²⁰⁷ Extraídos de su 16º Informe General, publicado en 2006. CPT/Inf/2006)35.

preocupación por el potencial de abusos y malos tratos que presentan estas medidas²⁰⁸. Entendiendo que ha llegado el momento de ampliar sus observaciones²⁰⁹, en estos estándares el Comité se pronuncia sobre el recurso a las medidas de represión, los distintos métodos utilizados y su utilización, la decisión de reducir a un paciente o su registro detallado²¹⁰.

En tanto la ausencia de violencia y abusos por parte del personal a los pacientes o entre estos es un requisito mínimo para que los hospitales psiquiátricos sean lugares seguros para todos, entiende el CPT que en algunas ocasiones sea necesario e inevitable el uso de la fuerza física para garantizar la seguridad del personal y del resto de pacientes. Y admitiendo que la línea entre la fuerza física proporcionada para controlar a un paciente y la realización de un acto violento puede ser en ocasiones muy sutil²¹¹, apuesta el Comité por que haya una buena equipación y preparación del personal²¹², así como un papel activo y vigilante de la propia institución sobre las medidas de represión utilizadas y el establecimiento de normas claras sobre la duración de los períodos de represión²¹³. De hecho, en sus observaciones finales, el CPT admite

²⁰⁸ Si bien, haciéndose eco de que algunos países han establecido con éxito programas para reducir los métodos de represión mecánica, se plantea si la erradicación total (o casi total) podría ser un objetivo real a más largo plazo. Parágrafo 44.

²⁰⁹ E invitando a los profesionales, a los que reconoce la dificultad de su tarea en la prestación de la asistencia médica adecuada, a enviar comentarios en el marco de un diálogo constructivo; parágrafo 36.

²¹⁰ Publicando tres años después, el 29 de octubre de 2009, una *checklist* para la evaluación de los hospitales psiquiátricos, elaborada por Andres Lehtmetts y Pétur Hauksson, en la que se recogen, de manera no exhaustiva, los aspectos que deben ser evaluados por el CPT en sus visitas a este tipo de establecimientos y los pasos a seguir. CPT (2009) 56 rev. Además de cuestiones referidas a la gestión (con aspectos como la capacidad, categorías de pacientes, número de pacientes contra su voluntad, personal, financiación, tratamientos, medicación, formación y supervisión, etc.), aspectos normativos (procedimientos de ingreso voluntario, revisiones de las decisiones, consentimientos para el tratamiento, procedimientos de queja o visitas por supervisores externos) y de las condiciones materiales (acceso a luz, temperatura, ropa propia, comida, higiene, privacidad), el listado se refiere, bajo el término cuestiones especiales, al uso de restricciones y aislamiento, al ejercicio al aire libre, a las categorías de pacientes sometidos a regímenes especiales, a las restricciones relativas a las propiedades y a los registros, al uso de TEC, a las categorías vulnerables, al contacto con el mundo exterior (visitas y acceso a llamadas), a la prevención de suicidios y a la investigación biomédica.

²¹¹ Considerando que cuando se traspasa normalmente no es dolosamente, sino por una falta de preparación.

²¹² Para lo cual no sólo deberían recibir formación, sino también cursos de actualización, tanto de cómo aplicar los métodos de control como también para comprender los efectos que su recurso puede tener en los pacientes. Parágrafo 49.

²¹³ Propone en este sentido la posibilidad de adoptar una norma por los establecimientos psiquiátricos que establezca, además de los métodos de represión permitidos, las circunstancias de utilización, la supervisión, la formación, recepción de reclamaciones, elaboración de informes internos y externos o la circulación de la información y las medidas una vez levantada la medida, la necesidad de expresar un plazo determinado de duración para la represión mecánica, de tal manera que no pueda ser ampliada salvo que otro médico lo decida expresamente, lo que además

que el recurso a los mecanismos de retención no responde sólo a factores clínicos, sino que está considerablemente condicionado por determinada cultura y actitud en el personal hospitalario de las instituciones psiquiátricas. Y el cambio de estas prácticas tan consolidadas puede venir de la mano del personal directivo y de la oferta de otras alternativas adecuadas²¹⁴.

Rechaza en todo caso que las medidas de control, que sólo se justifican como último recurso para impedir una lesión inminente o para reducir un estado de gran nerviosismo y/o violencia, sean utilizadas en cambio como castigo por el mal comportamiento del paciente, como medio para hacerle cambiar de actitud, o para posibilitar al personal la realización de otras tareas mientras el individuo está reducido. Al revés, entiende bien el CPT al señalar que la adopción de medios de represión de forma correcta requiere una mayor dotación de personal médico, así como una supervisión directa, personal y constante del personal²¹⁵.

Respecto a los distintos métodos para controlar a pacientes nerviosos y/o violentos, de uso simultáneo o individual²¹⁶, y partiendo de que el mejor método es el más apropiado entre los disponibles en atención a la situación concreta y al paciente, el CPT defiende la persuasión verbal -hablar con el paciente para calmarle- como la técnica preferida, aunque admite que en ocasiones sea recurrir a otros métodos que restrinjan la libertad de movimientos. De ellos, entiende totalmente inadecuados los todavía utilizados en algunos hospitales psiquiátricos visitados, por entender que son degradantes y respecto a los que exige su prohibición, como las esposas, cadenas metálicas y camas jaula. También entiende favorable la disminución del uso de las camas con red. En cuanto a los métodos de represión química (sedantes, antipsicóticos, hipnóticos y tranquilizantes), advierte que deben aplicarse con las mismas garantías que los métodos de represión mecánica, teniendo en todo caso en cuenta sus efectos secundarios sobre el paciente²¹⁷. Se muestra también contrario al aislamiento²¹⁸, puesto que, aunque pueda

sería un incentivo para la visita personal y verificación del estado psicológico y físico de los pacientes por parte de los médicos. Parágrafos 45 y 51.

²¹⁴ Parágrafo 54.

²¹⁵ En efecto, si la retención consiste en controlar al paciente con correas o cinturones, el CPT exige que haya un miembro del personal continuamente presente para mantener la finalidad terapéutica y prestar la debida asistencia (que incluye el acompañamiento a los aseos, la ayuda a consumir alimentos). Rechaza asimismo la sustitución de esa presencia continua por la videovigilancia en caso de aislamiento de un paciente, debiendo en este caso permanecer también un miembro del personal fuera de la sala, observando y escuchando continuamente al paciente. Parágrafos 43 y 50.

²¹⁶ Enumerando los siguientes: la observación -acompañamiento constante al paciente de un miembro del personal, interviniendo, de ser necesario, en sus actividades-; el control manual; la represión mecánica mediante correas, camisas de fuerza o camas con correas de sujeción; la represión química; y el aislamiento.

²¹⁷ Particularmente si se utiliza de forma añadida a la represión mecánica o al aislamiento.

tener un efecto calmante a corto plazo, causa desorientación y ansiedad, pudiendo tener, sin las garantías apropiadas, efectos adversos²¹⁹.

Reitera el CPT sus estándares previos respecto a la necesidad de que los medios de represión sean autorizados por un médico o que, al menos, sea inmediatamente puesto en su conocimiento para su aprobación, refiriendo que en los casos en los que hay una autorización general por parte del médico, en lugar de la adopción de decisiones individualizadas, hay un mayor recurso a estas prácticas. Señala además que los lugares destinados a la retención deben estar configurados específicamente para ello, ser seguros, estar debidamente iluminados y con calefacción, sin exposición a otros pacientes -salvo solicitud expresa o certeza de que el paciente prefiere compañía- y pudiendo vestir de manera adecuada. En todo caso, durante la utilización de los medios de represión no se deberían interrumpir, siempre que sea posible, los tratamientos terapéuticos preexistentes ni las medidas de represión deben causarles dolor, ni obstaculizar sus funciones vitales-respiración, capacidad para comunicar, comer y beber²²⁰.

Y en cuanto cese la situación de urgencia que dio lugar a la adopción de la medida de represión, el CPT reitera la necesidad de la inmediata liberación²²¹, y de que el médico mantenga una entrevista con el paciente para, por un lado, explicar la razón de la adopción de la medida, reduciendo el trauma psicológico que pudiera implicar, y, por otro, para reestablecer la relación médico-paciente, pudiendo servir para hallar medios alternativos para mantener el control y prevenir futuras manifestaciones de violencia²²².

Por último, en relación con el necesario registro de la utilización de los mecanismos de represión, a sus estándares previos que señalaban la necesidad de crear un registro específico en el que constasen todos los casos, además de en el historial médico personal, el CPT añade en estos nuevos estándares del 2006 la posibilidad de que se presenten periódicamente informes a un órgano de control externo, como la inspección sanitaria, lo que permitiría proporcionar una visión de conjunto de las prácticas de represión²²³.

²¹⁸ Que no considera una alternativa necesaria a los métodos mecánicos, químicos o de otro tipo.

²¹⁹ Por ello el CPT manifiesta expresamente su preocupación por la tendencia en algunos hospitales psiquiátricos a utilizar el aislamiento en lugar de otros mecanismos de control.

²²⁰ Rechaza además la práctica de tapar la boca en los pacientes con tendencia a morder, chupar o escupir; parágrafos 47 y 48.

²²¹ Recordando que la práctica de aplicación de métodos de represión mecánica días después del cese de esa situación de urgencia equivale a maltrato no justificado.; parágrafo 45.

²²² Parágrafo 46.

²²³ Parágrafos 52 y 53.

Que éste sea uno de los aspectos más problemáticos del internamiento psiquiátrico involuntario lo muestra que once años después el CPT volviera a revisar sus propios estándares publicando en 2017 los referidos a los Medios de contención en establecimientos psiquiátricos para adultos²²⁴.

Nuevamente reiterando el potencial de abuso y maltrato que puede haber en el uso de los mecanismos de contención utilizados en los psiquiátricos²²⁵ y que el objetivo final debería ser evitar su uso, limitando en la medida de lo posible su frecuencia y duración, el CPT presenta en este nuevo documento una serie de principios generales que deben ser aplicables.

Sobre el presupuesto, más restrictivo que el contemplado en sus estándares anteriores, de que la contención de los pacientes psiquiátricos violentos que representen un peligro para sí mismos o para otros pueda ser excepcionalmente necesaria, refiere que los medios utilizados deben aplicarse siempre conforme a los principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad y responsabilidad, debiendo estar regulados por ley tanto los tipos de contención, como los criterios para su uso. En todo caso, su recurso debe ser el último recurso, tanto en su objetivo, evitar un daño inminente a sí mismos o a otros, como en el tiempo de su duración, pues en cuanto cese la situación de emergencia que lo justificó el paciente debe ser liberado de forma inmediata. Asimismo, afirma que en tanto los medios de contención son medidas de seguridad, no tienen justificación terapéutica y nunca deben ser utilizados ni como castigo ni por conveniencia del personal, ante la escasez de profesionales o como sustitutivo de los cuidados o tratamientos debidos. Por último, dentro de estos principios generales se señala la necesidad de que cada establecimiento penitenciario tenga una política general y detallada sobre las contenciones elaborada tanto por el personal como por la dirección, que tenga como objetivo evitar en la medida posible el recurso a estos medios de contención, determinar qué medios pueden utilizarse, cómo y bajo qué circunstancias, la supervisión necesaria y las medidas tras su finalización, además de otras cuestiones como la formación del personal, el registro, mecanismos de información interno y externos y procedimientos de queja. La información sobre la política de contención del centro debe ser trasladada a los internos.

²²⁴ Publicados el 21 de marzo de 2017 con el fin de revisar sus propios estándares sobre el uso de medios de contención y consolidarlos en un documento, a la luz de sus estándares anteriores y de sus visitas en los últimos años a establecimientos psiquiátricos civiles y forenses en varios países europeos. CPT/Inf (2017)6.

²²⁵ Y entre los que refiere como los más usados en los países visitados: la contención física o manual -la sujeción o inmovilización del paciente mediante el uso de la fuerza física-; la contención mecánica -con aplicación de instrumentos de contención, como correas-; la contención química -con la administración forzosa de medicamentos para controlar el comportamiento del paciente-; y el aislamiento -a través de la ubicación no voluntaria del paciente solo en una habitación cerrada-.

También incorpora nuevas garantías en cuanto a la autorización del uso de las contenciones, pues además de requerir que sea ordenado expresamente por un médico -o que sea inmediatamente informado para solicitar su aprobación- añade que debe ser tras una evaluación individual, para lo que el médico debe examinar al paciente afectado lo antes posible, rechazando expresamente que se pueda aceptar una autorización general.

Igualmente avanzan estos estándares en ofrecer pautas sobre cómo deben ser aplicados los mecanismos de contención. Así, se señala que siempre deberán ser utilizados con habilidad y cuidado para reducir al mínimo el riesgo de dañar o causar dolor al paciente y preservar en la medida de lo posible su dignidad, por parte de personal que previamente debe haber recibido una formación adecuada. Si se trata de contención física, el personal debe estar especialmente formado en técnicas de sujeción que minimicen el riesgo de lesiones, debiendo ser prohibidas las técnicas que consistan en agarrar el cuello o que causen obstrucción de las vías respiratorias o dolor. Las funciones vitales del paciente como la respiración y la capacidad de comunicación no deben ser obstaculizadas. Tampoco deben ser utilizadas esposas o cadenas para realizar la inmovilización y debe prohibirse en cualquier circunstancia el uso de camas de red o jaulas. Los pacientes inmovilizados deben estar siempre boca arriba con los brazos hacia abajo, no debiendo estar demasiado apretadas las correas y colocadas de tal forma que permitan el máximo movimiento seguro de piernas y brazos. Reitera el CPT que los pacientes sometidos a sujeción deben estar vestidos de forma adecuada y, en la medida de lo posible, poder comer y beber de forma autónoma, así como satisfacer sus necesidades en el aseo. Además, no deben ser sometidos a sujeción mecánica a la vista de otro paciente, a no ser que expresen de forma explícita su deseo de permanecer en compañía de un determinado compañero; en el mismo sentido, sólo debe ser visitado por otro paciente si hay un consentimiento expreso del paciente inmovilizado. Tampoco deben participar otros pacientes ayudando al personal en la aplicación de los medios de contención.

En cuanto a la contención química, el CPT señala que sólo deben utilizarse fármacos aprobados, bien seleccionados y de corta duración. Reitera además que deben tenerse en cuenta de forma constante los efectos secundarios que la medicación puede tener en un paciente en concreto, particularmente cuando se utiliza en combinación con la contención física o el aislamiento.

Y respecto a este último mecanismo, el aislamiento, el CPT requiere que la habitación que se utilice deba estar específicamente diseñada para tal fin, garantizando la seguridad del paciente y proporcionándole un entorno tranquilizador.

Respecto a la extensión temporal, el CPT nuevamente señala que la duración tanto de los medios de contención mecánica como del aislamiento debe ser lo más breve posible -como regla general, minutos en lugar de horas- y cesar en cuanto desaparezcan las razones que dieron lugar a su utilización. Reitera que no tiene ninguna justificación su aplicación durante días enteros advirtiendo que podría ser constitutiva de maltrato. En todo caso, de requerirse, por razones “imperiosas”, una contención mecánica o el aislamiento durante más de un período de horas, el CPT exige que se revise la medida por parte de un médico cada poco tiempo y, de recurrirse repetidamente a medios de contención, deberá considerarse la participación de un segundo médico y el traslado del paciente a un establecimiento psiquiátrico más especializado.

Extiende el espíritu de la última ratio a la selección sobre el tipo de mecanismo de contención, considerando en este punto que debe darse preferencia a la medida menos restrictiva y menos peligrosa, teniendo en cuenta en la elección entre las medidas disponibles que puedan ser utilizadas, en la medida de lo posible, factores como la opinión del paciente (incluyendo las preferencias expresadas de antemano) y la experiencia previa.

El CPT se pronuncia también sobre la posibilidad del uso simultáneo de distintos mecanismos de contención, en concreto, cuando el aislamiento se combina con la contención física, mecánica o física, refiriendo que sólo puede justificarse si es probable que de esta manera se reduzca la duración de la aplicación de la contención o si se considera necesaria para evitar daños graves al propio paciente o a otros.

Estos estándares también desarrollan la necesidad de supervisión, reiterando que todo paciente sometido a contención mecánica o aislamiento deba estar sometido a una supervisión continua. En el caso de la contención mecánica, el CPT añade que debe ser un miembro cualificado del personal que esté presente permanentemente en la habitación con el objetivo de mantener una alianza terapéutica con el paciente, así como para prestarle su asistencia. En el caso del aislamiento, el Comité señala que el miembro del personal puede estar bien fuera de la habitación del paciente o en una habitación adyacente con una ventana que intercomunique ambas habitaciones, pero siempre que el paciente pueda verle perfectamente y aquél pueda observar y oír continuamente a éste. Confirma además su posición contraria a la sustitución de esta supervisión por videovigilancia, al señalar que evidentemente ésta no puede reemplazar la presencia continua del personal.

Además de reiterar sus estándares anteriores sobre la necesidad de realizar una sesión informativa con el paciente una vez se retiren los medios de contención²²⁶, el CPT introduce en este documento de 2017 pautas específicas para dos situaciones: el uso de mecanismos de restricción a solicitud del propio paciente y su uso en pacientes voluntarios. Respecto a las primeras, se muestra cauto en tanto entiende que en la mayoría de los supuestos en los que los pacientes solicitan su sometimiento a medios de contención es porque no se están satisfaciendo sus necesidades, debiéndose explorar otras medidas terapéuticas. Pero si a pesar de todo, se le somete a cualquiera de las formas de contención por petición propia, éstas deberán cesar tan pronto solicite ser liberado. En cuanto a las segundas, de considerarse necesaria la aplicación de medios de contención a un paciente voluntario, si éste no está de acuerdo deberá revisarse su situación jurídica.

También reitera sus estándares anteriores sobre la necesidad de incorporar en un registro detallado, además de su referencia en el expediente personal del paciente, el uso de los medios de contención -también de la química²²⁷; medida que puede proporcionar a la dirección del hospital una visión de alcance sobre su incidencia y posibilitar actuaciones para reducir su incidencia. Además, señala que los pacientes deben tener derecho a adjuntar comentarios al registro, debiéndoseles informar de ello y, si lo solicitan, deberán recibir una copia completa.

El CPT finaliza estos nuevos estándares dos cuestiones. En primer lugar, en cuanto a la notificación de los casos de utilización de estos mecanismos de coerción, reitera que la frecuencia y su uso debe ser comunicada de forma periódica a una autoridad supervisora o a un organismo de control externo designado para ello (por ejemplo, una inspección sanitaria) lo que permitirá una visión general, nacional o regional, sobre las prácticas existentes y la posibilidad de aplicar una estrategia para limitar su frecuencia y duración. Desarrolla, en segundo lugar, sus estándares sobre los procedimientos de denuncia, que entiende como salvaguardia básica contra el maltrato, por lo que los pacientes, así como sus familiares o representantes legales, deben tener vías de denuncia dentro del sistema administrativo de los establecimientos, así como derecho a dirigir, de forma confidencial, sus quejas, a un organismo externo independiente. Añade que los procedimientos de reclamación deberán ser sencillos, eficaces y de fácil uso,

²²⁶ Señalando nuevamente que esta sesión servirá para explicar las razones de la contención, reducir el trauma psicológico de la experiencia, restablecer la relación médico-paciente y dar la oportunidad a que este último, junto con el personal, pueda encontrar medios alternativos para mantener el control sobre sí mismo y evitar futuros brotes de violencia y la consiguiente contención.

²²⁷ En concreto, del momento de adopción de la medida, circunstancias del caso, razones por las que se adoptó, nombre del médico que la aplicó y el nombre del paciente, un listado de las lesiones sufridas por los pacientes o el personal.

debiendo los pacientes tener los pacientes a asesoramiento jurídico para su realización, así como a beneficiarse de la asistencia jurídica gratuita si el interés de la justicia lo requiere.

Por último, es necesario referir que recientemente, en 2020, el CPT ha publicado una Hoja Informativa en la que recoge sus estándares sobre las personas privadas de libertad en centros de asistencia social, en las que, entre otros colectivos, y bien bajo la administración de autoridades nacionales o locales, bien bajo comunidades religiosas, organizaciones benéficas o entidades sin ánimo de lucro, se encuentran personas con dificultades o con trastornos mentales crónicos, como la esquizofrenia²²⁸. En este documento, el Comité traslada sus estándares para la prevención del maltrato, el respeto de unas condiciones de vida dignas y adecuadas, el cuidado individualizado por parte de personal especializado, las garantías en el uso de mecanismos de contención²²⁹ y las salvaguardias en los casos de ingreso involuntario.

2.2.3. Los estándares del CPT sobre condiciones de privación de libertad que pueden afectar a la salud mental

Respecto a la segunda dimensión de la atención por los estándares del CPT de la problemática de la enfermedad mental, la que refleja su preocupación por la salud mental en el abordaje de los “otros” grandes problemas del sistema penitenciario europeo, podemos observar que su incorporación expresa ha sido más lenta y reciente. Es verdad que los primeros estándares elaborados por el CPT en materia de encarcelamiento no se refieren a ella explícitamente. Y ello porque la evaluación de los tratos que pueden ser considerados inhumanos o degradantes o de las condiciones inadecuadas de cumplimiento se realiza desde el mandato del artículo 3 del CEDH y su prohibición de sometimiento a tortura y a penas o tratos inhumanos o degradantes y las consideraciones sobre esas situaciones que especialmente preocupan al Comité, y que sin duda pueden contribuir a desencadenar o agravar la enfermedad mental, como son la sobrepoblación, el hacinamiento, las condiciones materiales inadecuadas o la violencia, la realiza desde el prisma de la prevención del maltrato, sin reparar en cambio en su potencial afección a la salud mental. En esos estándares iniciales, tampoco los enfermos

²²⁸ CPT/Inf (2020) 41. Estas Hojas Informativas se publican bajo la autoridad del Secretario Ejecutivo del CPT, con el objetivo de presentar los estándares del Comité sobre cuestiones que se consideran clave, pero sin ánimo de exhaustividad y sin vinculación con los informes de las visitas a los países.

²²⁹ Remitiendo a los estándares establecidos en su documento de 21 de marzo de 2017 y desarrollando lo referido al uso de tranquilizantes rápidos a demanda.

mentales se encuentran entre las categorías de personas privadas de libertad que el Comité entiende como especialmente vulnerables²³⁰.

En estos primeros estándares dedicados a las prisiones, la preocupación que expresa el CPT en materia de salud es por la propagación de las enfermedades transmisibles, particularmente la tuberculosis, la hepatitis y el VIH²³¹, enfermedades para cuya gestión no sólo sanitaria, sino también de la vida y de la garantía de los derechos de las personas que las padecen, formula una serie de directrices para las administraciones penitenciarias sobre condiciones materiales de alojamiento, revisiones médicas y acceso a medicación, derecho a la información y asesoramiento, establecimiento de programas educativos sobre estas enfermedades tanto para los reclusos como para el personal, derecho a la continuación del tratamiento tras la puesta en libertad y rechazo al aislamiento de los seropositivos²³².

Sin embargo, es en sus estándares más recientes, en los que el Comité ha ido perfilando sus directrices y recomendaciones bien hacia problemáticas concretas, como la sobrepoblación, el aislamiento en solitario o las penas perpetuas, bien hacia ciertos colectivos especialmente vulnerables, como las mujeres, donde la preocupación por la salud mental de las personas en centros penitenciarios va abriéndose paso.

Así, en sus estándares sobre el aislamiento en solitario²³³, el CPT explica que siempre ha prestado especial atención a las personas privadas de libertad bajo esta forma de cumplimiento porque puede tener efectos extremadamente perjudiciales para la salud mental, física y social de las personas afectadas²³⁴, efectos que pueden ser inmediatos pero que se agravan cuanto más larga e indefinida sea la medida que da lugar a este confinamiento. De hecho, señala como indicador más significativo del daño que puede causar el aislamiento en solitario la tasa de suicidios, bastante más elevada que la existente en el resto de población reclusa. Por ello, continúa el Comité, se están entrevistando con personas sometidas a este régimen, al ser uno de los problemas que más le preocupa en las visitas realizadas a los lugares de detención de los distintos países las delegaciones.

²³⁰ Así, sus estándares sobre Encarcelamiento, extraídos del 2º Informe General publicado en 1992, señalan que “El CPT presta también atención a los problemas particulares que puedan encontrar determinadas categorías específicas de presos, por ejemplo: las mujeres, los menores de edad y los extranjeros”. CPT/Inf(92)3.

²³¹ Considerando, a principios del nuevo siglo, que se habían convertido “en un problema alarmante en algunos sistemas penitenciarios”; en el Desarrollo de los estándares del CPT sobre encarcelamiento, extraídos de su 11 Informe General publicado en 2001. CPT/Inf(2001)16.

²³² CPT/Inf (2001)16, parágrafo 31.

²³³ Recogidos en su 21º Informe General, publicado en 2011. CPT/Inf(2011)28.

²³⁴ Remitiendo a la investigación realizada por Shalev, S. “A Sourcebook on Solitary Confinement”, Mannheim, Centre for Criminology, Londres, 2008 (www.solitaryconfinement.org).

De los cuatro tipos de aislamiento que trata el Comité en estos estándares: el aislamiento por decisión judicial, el aislamiento como sanción disciplinaria, el aislamiento con fines de protección y el aislamiento de orden administrativo con fines preventivos, es este último el que tiene el riesgo de poder alcanzar una mayor duración y el que cuenta con frecuencia con menos garantías procesales, por lo que exige para esta tipología controles aún más estrictos.

Los estándares, además de los principios que deben regir su adopción²³⁵, el procedimiento, garantías y condiciones de cumplimiento, se refieren específicamente a la necesidad de una asistencia y control sanitario de las personas sometidas al régimen de aislamiento en celda. Es verdad que no se habla explícitamente de la atención en materia de salud mental, pero sin duda está implícitamente incluida en la exigencia de que el personal médico preste especial atención a estas personas, determine si se es apto para ese aislamiento, en su asistencia y tratamiento médico o en la información al director si se entiende que su mantenimiento aislado en una celda está poniendo gravemente en peligro la salud.

En cuanto al impacto en la salud, también en la mental, que la reclusión perpetua provoca, el CPT ya en sus estándares sobre encarcelamiento de 2001 había advertido de los efectos de las largas penas en la sociabilidad e institucionalización de los internos, pudiendo provocar problemas psicológicos, además de subrayar la necesidad de ofrecerles apoyo psicosocial apropiado²³⁶. Es en sus estándares específicos sobre los condenados a cadena perpetua de 2016²³⁷ donde el Comité desarrolla en la práctica los principios establecidos por el Consejo de Ministros en su Recomendación Rec (2003) 23 sobre la gestión por las administraciones penitenciarias de los condenados a penas perpetuas y de larga duración²³⁸, con el objetivo de configurar un entorno seguro, protegido y ordenado y de adoptar medidas que minimicen el daño ocasionado por un encierro de esta naturaleza, por un período temporal además desconocido. En concreto, y en el desarrollo del principio de individualización, que exige planificar de forma individualizada el itinerario penitenciario y su camino hacia la preparación para la libertad, se señala la necesidad de la intervención de personal adecuado, funcionarios de

²³⁵ En concreto, el de proporcionalidad, el de legalidad, el de necesidad, el de no discriminación y la obligatoriedad de llevar a cabo un registro y documentar tanto las decisiones de su adopción como sus revisiones.

²³⁶ Desarrollo de los estándares del CPT sobre encarcelamiento, extraídos de su 11 Informe General publicado en 2001. CPT/Inf(2001)16, parágrafo 33.

²³⁷ Extraídos del 25º Informe General publicado en 2016. CPT/Inf(2016)10.

²³⁸ Son seis: el principio de individualización, el principio de normalización, el principio de responsabilidad, los principios de seguridad y aseguramiento, el principio de no segregación y el principio de progresión.

prisiones, psicólogos y educadores y, cuando haya indicios de posibles problemas de salud mental, de un psiquiatra.

También repara en el severo impacto psicológico que puede tener la prisión preventiva -con unas ratios de suicidio que pueden ser en muchos casos muy superiores al resto de reclusos- en sus estándares de 2017 sobre este tipo de medida cautelar²³⁹. Especialmente le preocupa al Comité el sometimiento de estos internos, en numerosos países europeos, a condiciones de detención de mayor dureza, con niveles más altos de hacinamiento, situaciones de segregación o aislamiento en solitario, falta de actividades, y peores condiciones de vida, que pueden llegar a ser consideradas como un tratamiento inhumano o degradante. Se refiere expresamente a la asistencia sanitaria el CPT afirmando que su experiencia es que no siempre los centros de preventivos disponen de un sistema sanitario capaz de proporcionar tratamiento médico, incluido el preventivo y especializado, ni de asistencia psicológica en las mismas condiciones que en el exterior, reclamando su derecho a un acceso efectivo a los servicios médicos con independencia de su status legal y del lugar de privación de libertad. Y ya al referirse a la necesidad de que todo preventivo sea examinado y entrevistado lo antes posible, tras su ingreso, por un médico -o personal de enfermería cualificado-, incluye a las personas con trastornos mentales entre los grupos vulnerables respecto a los que se debe prestar una especial atención -junto a los menores, personas mayores y drogodependientes-.

Sin duda uno de los principales problemas del sistema penitenciario mundial -y europeo- y, consecuentemente, una de las principales preocupaciones del CPT, ha sido la sobrepoblación penitenciaria. Si desde sus primeros estándares se ha llamado la atención sobre el impacto que produce respecto a la calidad de vida global en el establecimiento y la posibilidad de que provoque un trato inhumano o degradante desde el punto de vista físico²⁴⁰, recientemente, en su 31º Informe General de 2022, el CPT ha desarrollado sus estándares bajo el título de “Luchando contra la sobrepoblación penitenciaria”²⁴¹ subrayando que el hacinamiento puede perjudicar gravemente a los presos y a quienes le rodean comparando gráficamente el daño que provoca en el sistema penitenciario con esta elocuente aseveración: “el hacinamiento en las cárceles es para los servicios sanitarios lo que el tabaquismo para los servicios de salud pública”. En estos estándares ya repara el Comité expresamente en las consecuencias que para la salud y el bienestar tiene la sobrepoblación y, en particular, para la enfermedad

²³⁹ Publicado en el 26º Informe General en 2017. CPT/Inf(2017)5.

²⁴⁰ Así en sus estándares sobre Encarcelamiento recogidos en el 2º Informe General, publicado en 1992. CPT/Inf(92)3. También se refiere a ello en el Desarrollo de sus estándares sobre encarcelamiento recogidos en el 11º Informe General -CPT/Inf(2001)16- revisando para ello además sus criterios sobre espacio mínimo vital en el año 2015 -CPT/Inf (2015)44.

²⁴¹ CPT/Inf (2022)5.

mental, destacando su incidencia también en el incremento de conductas de autolesión²⁴². Para combatir contra ese problema endémico del sistema, estos estándares plantean, además de otras vías ya señaladas con anterioridad como las alternativas penales a través de medidas no privativas de libertad o la garantía de un espacio mínimo vital conforme a sus estándares, otras como el establecimiento de un límite máximo absoluto de internos por prisión (*numerus clausus*), apelando además a un abordaje integral por parte de todos los actores responsables -políticos, legisladores, jueces, fiscales y administraciones penitenciarias-.

De hecho, en sus estándares de 2021 denominados “Un umbral de decencia para las prisiones: criterios para evaluar las condiciones de detención”²⁴³, el CPT identifica, a partir de su experiencia de más de tres décadas visitando prisiones, los elementos más esenciales para garantizar unas condiciones de vida dignas para las personas privadas de libertad. Por debajo del umbral aquí fijado, pueden dar lugar a un trato inhumano o degradante. Y entre esos elementos a los que toda persona privada de libertad en una prisión, como mínimo, debe tener derecho, señala que es indiscutible que todos los internos deben tener un acceso inmediato a una asistencia sanitaria adecuada, gratuita, sin discriminación por razón de su estatus jurídico, y en condiciones equivalentes a la prestación en el exterior²⁴⁴.

Por último, sobre la situación de las mujeres, en su Hoja Informativa sobre las mujeres en prisión de 2018²⁴⁵, el Comité refiere que se ha encontrado con que muchas internas padecen graves trastornos de la personalidad y desórdenes de comportamiento y/o tienen un historial de autolesiones, abusos y abandono. Subraya por ello la necesidad de que en la actuación con las mujeres sean tenidas en cuenta las necesidades específicas que tienen, entre las que cita expresamente un alto nivel de necesidades de atención en materia de salud mental. En este caso, dentro de sus directrices sobre asistencia sanitaria, el CPT señala que respecto a aquellas internas que no cumplan los requisitos para su traslado a un hospital psiquiátrico pero que padezcan esta situación deberá adoptarse un enfoque multidisciplinar para el diseño de programas individuales de tratamiento, implicando a psicólogos clínicos, y que incluyan apoyo psicosocial, asesoramiento y tratamiento. Y advierte que la ausencia de este tipo de

²⁴² Junto al incremento del riesgo de transmisión de enfermedades que se transmiten por el aire como la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias y la peligrosidad de que una prisión con sobrepoblación sea una incubadora de enfermedades que, a través de las personas que acceden a la libertad, tengan impacto en la salud de la población en general (parágrafos 97 a 99).

²⁴³ Extraídos del 30º Informe General publicado en 2021. CPT/Inf(2021)5.

²⁴⁴ Junto al acceso inmediato y suficiente a agua potable, alimentación adecuada, descanso y condiciones de vida e higiénicas adecuadas, acceso efectivo al trabajo y remuneración adecuada; acceso a actividades y a posibilidades de contacto con el exterior (parágrafo 68).

²⁴⁵ CPT/Inf (2018) 5.

programas puede provocar un aumento de las autolesiones y un uso excesivo de la segregación prolongada en el tiempo²⁴⁶.

Por eso, en estos estándares más desarrollados respecto a los primeros elaborados en el 2000 por el Comité para las mujeres privadas de libertad²⁴⁷, propone directrices sobre su ubicación, separación y protección, acceso igualitario a actividades, atención sanitaria e higiénica en igualdad de condiciones, cuidado pre y post natal y atención a los hijos/as o el contacto con el exterior y establece pautas para la incorporación de una visión de género en la gestión y formación del personal penitenciario y en actuaciones como los cacheos.

2.3. Estándares del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre enfermedad y salud mental

2.3.1. El alcance de la jurisprudencia del TEDH en la tutela de la salud mental en prisión

El tercero de los actores que generan estándares penitenciarios en el marco del Consejo de Europa es el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, competente en la interpretación y aplicación del Convenio Europeo de Derechos Humanos y de sus Protocolos (art. 32 CEDH). De hecho, se ha afirmado que la jurisprudencia del TEDH es la fuente más importante para el desarrollo de los principios generales del Derecho penitenciario europeo²⁴⁸, ya que sus decisiones suponen el desarrollo y la proyección al ámbito penitenciario de los derechos humanos reconocidos en el CEDH y porque, frente a los estándares del Comité de Ministros y del CPT, sus sentencias son vinculantes.

Eso sí, su respuesta se encuentra condicionada al caso concreto y en general, salvo en los denominados procedimientos piloto, se trata de sentencias declarativas, no ejecutivas, y cuyos efectos se circunscriben a la demanda objeto de evaluación; de determinarse que se ha producido una vulneración de alguno de los artículos del CEDH, se reconocerá el derecho del demandante y, en su caso, se establecerá una satisfacción equitativa. Será al Estado condenado a quien le competirá la ejecución de la sentencia, estableciendo conforme a su ordenamiento interno los cauces procesales oportunos²⁴⁹.

²⁴⁶ Además de otras situaciones como su condición de víctima de cualquier violencia física, sexual o psicológica, incluida la doméstica, su drogodependencia o alcoholismo, sus necesidades sanitarias específicas, como las reproductivas, o su responsabilidad de cuidado de sus hijos o la posibilidad de victimización y abandono por sus familias tras la libertad.

²⁴⁷ Contenidos en el 10º Informe General publicado en 2000. CPT/Inf(2000) 13.

²⁴⁸ VAN ZYL, D., y SNACKEN, S.: *Principios de derecho y política penitenciaria europea*, ob. cit., p. 535.

²⁴⁹ SALADO OSUNA, A.: "Efectos y ejecución de las sentencias del Tribunal de Estrasburgo". *Derecho constitucional para el siglo XXI. Actas del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho*

Por tanto, frente a los estándares del CPT y las Recomendaciones del Comité de Ministros, su actuación se encuentra limitada al supuesto concreto objeto de demanda ante el Tribunal, sobre el que debe resolver si es lesivo o no de alguno de los derechos del Convenio, sin tener capacidad de establecer estándares o normas generales de cumplimiento que vinculen a todos los países miembro.

En cualquier caso, en una interrelación cada vez más profunda entre los distintos actores del Consejo de Europa, el impacto de la jurisprudencia del TEDH es innegable pues cada vez más las Recomendaciones del Comité de Ministros se construyen a partir de la misma y éstas son tomadas de referencia por el CPT en sus visitas, quien por su parte ha ido incorporándola en la elaboración de sus propios estándares. Y, al revés, de forma más habitual el TEDH incorpora las Recomendaciones del Comité de Ministros en los fundamentos de sus resoluciones y los informes del CPT como elemento para evaluar las situaciones de encarcelamiento del país demandado²⁵⁰.

Y a pesar de ese alcance limitado de las resoluciones del TEDH por su naturaleza declarativa, el TEDH en ocasiones, apoyándose el art. 46 CEDH, relativo a la fuerza obligatoria y ejecución de las sentencias, insta al Estado condenado a adoptar medidas urgentes para garantizar unas condiciones adecuadas de detención o el tratamiento médico adecuado para las personas que requieran especial atención debido a su estado de salud, indicándole las que deben ser adoptadas²⁵¹.

2.3.2. La jurisprudencia del TEDH sobre enfermedad y salud mental

En su labor de garante de los derechos y libertades reconocidos en el CEDH, el TEDH ha abordado la asistencia sanitaria en prisión, en concreto, su ausencia o su prestación inadecuada, esencialmente fundamentalmente desde el análisis de dos

Constitucional. Carrasco Durán, M., Pérez Rojo, F.J., Urías Martínez J., Terol Becerra, M.J., vol. 1, Sevilla, 2006, pp. 3 y 6.

²⁵⁰ La excepción la encontramos en las sentencias piloto, procedimiento utilizado por el Tribunal para dar respuesta a vulneraciones de derechos que tienen su origen en problemas sistémicos o estructurales. En el ámbito penitenciario, se han utilizado para evaluar las denuncias reiteradas por vulneración del art. 3 CEDH en situaciones de sobrepoblación penitenciaria. En este caso, el TEDH no se limita a señalar que se ha producido una vulneración del derecho, sino que tiene una vocación generalista que busca solucionar ese problema estructural en tanto insta al Estado condenado a la adopción de las medidas legislativas y/o administrativas necesarias para revertir tal situación en un plazo determinado en el que queda paralizada la revisión de demandas pendientes por la misma causa ante el Tribunal. Más detenidamente sobre todo ello, RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "Las prisiones en un mundo global: estándares europeos de Derecho penitenciario", ob. cit., pp. 564 y ss.

²⁵¹ Así, por ejemplo, SSTEDH caso Dybeku vs. Albania, de 18 de diciembre de 2007; caso Slawomir Musial vs. Polonia, de 20 de enero de 2009; W.D. vs. Bélgica, de 6 de septiembre de 2016 (sentencia piloto); o Strazimiri vs. Albania, de 21 de enero de 2020.

derechos, el derecho a la vida (art. 2) y la prohibición de tortura o pena o trato inhumano o degradante (art. 3)²⁵².

El TEDH ha entendido en ocasiones que se ha producido una vulneración del art. 2 CEDH cuando se ha dado un tratamiento inadecuado a internos que presentaban tendencias suicidas, que no fueron tenidas en cuenta ni tratadas adecuadamente por las autoridades penitenciarias, incumpléndose las obligaciones positivas de protección del derecho a la vida de las personas bajo su responsabilidad²⁵³. La indiferencia ante los problemas psicológicos de un menor de 16 años, con intentos de suicidio previos, amenazando con sancionar disciplinariamente tales conductas en lugar de proporcionar una atención médica especializada también ha conllevado la condena por violación del art. 2 CEDH, en su dimensión material, pero también procesal, por no investigar de manera adecuada el suicidio del joven²⁵⁴. Se incumple también la obligación positiva de tutela del derecho a la vida en el caso de no establecer salvaguardias para impedir que una persona con trastorno mental pudiera reunir la medicación suficiente para, en una dosis legal, ingerirlos para suicidarse²⁵⁵, o ante la ubicación inadecuada de la persona en un tipo de prisión en el que no puede recibir el tratamiento adecuado para sus conductas autolíticas²⁵⁶ o en su ubicación en una celda de castigo, sin además establecer medidas

²⁵² RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "Cuando los centros penitenciarios se convierten en hospitales, psiquiátricos y asilos: aspectos regimentales y tratamientos de la gestión de la enfermedad y la ancianidad en prisión". *Revista General de Derecho Penal* nº 32, 2019, p. 2; y "El Derecho penitenciario humanitario", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales* vol. LXXII, 2019, pp. 442 y 443. Si bien, como apuntan SOLAR CALVO, P. y LACAL CUENCA, P. en materia de salud también tiene relevancia el desarrollo del art. 8, que regula el derecho al respeto a la vida privada y familiar, especialmente en todo lo referido a los datos que versan sobre la salud de las personas. "Salud mental en el ámbito del TEDH". *Revista Aranzadi Unión Europea*, nº 3, 2023, p. 1.

²⁵³ Así, en la STEDH asunto Renolde vs. Francia, de 16 de octubre de 2008, en el que se determina la violación de los arts. 2 y 3 CEDH en un caso de internamiento durante 45 días de un interno con trastornos psicóticos agudos susceptibles de provocar autolesiones y con un episodio previo de intento de suicidio, que se quitó la vida en la celda. Niega en cambio el Tribunal que se produzca esa vulneración del art. 2 CEDH en la STEDH asunto Keenan vs. UK, de 3 de abril, en la que evalúa un caso de muerte por suicidio de un interno con paranoia, agresión, violencia y autolesiones, al considerar que no era evidente que las autoridades hubieran omitido alguna medida que debieran haber adoptado, no pudiendo concluirse que hubiera un riesgo inmediato durante todo el período de detención, pero sí entendió que hubo vulneración del art. 3 CEDH ante la falta de vigilancia efectiva de la condición del sujeto y una ausencia de evaluación y tratamiento psiquiátrico que revelaba un asistencia médica inadecuada de una persona con una enfermedad mental que es conocida por el alto riesgo de suicidio.

²⁵⁴ STEDH caso Coselav vs. Turquía, de 9 de octubre de 2012. También condena a Rumanía el TEDH por vulneración del art. 2 CEDH en su dimensión procesal en un supuesto de no investigación adecuada de una muerte por suicidio de un interno con enfermedad mental en la STEDH Association for the Defence of Human Rights in Romania-Helsinki Committee on behalf of Ionel Garcea vs. Rumanía, de 25 de marzo de 2015.

²⁵⁵ STEDH caso Jaskinka vs. Polonia, de 1 de junio de 2010.

²⁵⁶ STEDH asunto De Donder and De Clippel vs. Bélgica, de 6 de diciembre de 2011, en el caso de un joven que recibía tratamiento psiquiátrico y que se suicidó mientras estaba en un módulo

especiales para supervisar el riesgo conocido de la persona, como cacheos o una vigilancia adecuada, que habrían impedido su suicidio por ahorcamiento con el cinturón²⁵⁷.

Esa violación del derecho a la vida también se puede producir ante la falta de una evaluación médica adecuada, al ingreso, en la que se detecte la tendencia suicida de la persona²⁵⁸.

En la evaluación que realiza el TEDH de si las condiciones de detención son incompatibles con el mandato establecido en el art. 3 CEDH en relación con la asistencia sanitaria debe prestarse atención a tres circunstancias: la condición de la persona privada de libertad, la calidad de la asistencia médica y cuidados prestados y la conveniencia de mantener la detención habida cuenta del estado de salud del demandante²⁵⁹, habiendo señalado también que en esa evaluación debe ser tomada en cuenta la vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental y su incapacidad, en algunos casos para quejarse sobre cómo les afecta un tratamiento particular²⁶⁰.

En esa valoración del TEDH del efecto que en el nivel de sufrimiento de las personas con trastorno mental implica el mantenimiento de la privación de libertad, las condiciones de detención o su ubicación en un establecimiento no psiquiátrico, el Tribunal tiene en cuenta el umbral de intensidad entre lo que se entiende inevitable para el sufrimiento propio de la privación de libertad y lo que excede de ese nivel y, por tanto, supone una humillación o implica situaciones de miedo, humillación, angustia y sufrimiento. Asimismo, el TEDH evalúa si las autoridades han valorado en sus decisiones la vulnerabilidad del solicitante o contemplado su situación desde una perspectiva humanitaria²⁶¹.

Sobre las condiciones de detención, y su relación con la afección a la salud mental en personas que padecen un trastorno mental, el TEDH ha determinado que existe violación del art. 3 CEDH cuando las condiciones de privación de libertad en un pabellón

ordinario de la prisión, considerando el TEDH que debería haber estado ingresado en un pabellón psiquiátrico.

²⁵⁷ STEDH asunto Ketreb vs. Francia, de 19 de julio de 2012, considerando también el TEDH que se había vulnerado el art. 3 CEDH al destinar a esta persona, con graves problemas mentales, a una celda disciplinaria durante dos semanas, algo incompatible con el tratamiento que hubiera requerido.

²⁵⁸ Así lo considera el TEDH en el asunto Isenc vs. Francia, de 4 de febrero de 2016, en el caso del suicidio de una persona 12 días después de su ingreso en prisión, determinando el Tribunal que no funcionaron los acuerdos de colaboración entre los servicios penitenciarios y médicos para supervisar a los reclusos y prevenir a los internos, no habiendo proporcionado el gobierno francés ninguna prueba de que hubiera habido un examen médico al ingreso, lo que evidencia el incumplimiento de la obligación positiva de protección del derecho a la vida.

²⁵⁹ STEDH caso Farbtuhs vs. Letonia, 2 de diciembre de 2004, párrafo 53.

²⁶⁰ STEDH caso Sławomir Musiał vs. Polonia, de 20 de enero de 2009, párrafos 87 y 88.

²⁶¹ STEDH caso Bomouhammad vs. Bélgica, de 17 de noviembre de 2015.

psiquiátrico -particularmente el grave hacinamiento, combinado con la larga prolongación de la privación de libertad en tales circunstancias-, suponen un trato inhumano o degradante por su efecto perjudicial en el bienestar y en la dignidad del demandante, al considerar que tales condiciones debieron despertar sentimientos de humillación y degradación²⁶².

En todo caso, el TEDH ha requerido que, incluso considerándose que existe una detención en una unidad psiquiátrica que no alcanza, según el CPT, el nivel mínimo aceptable desde un punto de vista ético y humanitario, no siendo adecuadas para el tratamiento efectivo, para poder determinar que se ha producido un trato inhumano o degradante debe poder demostrarse que el sometimiento a esas condiciones ha supuesto un deterioro para la salud mental del demandante²⁶³.

La falta de atención especializada, en una instalación no adaptada a las exigencias del estado de salud de la persona con trastorno mental también puede suponer un trato inhumano o degradante²⁶⁴. En efecto, también se produce una violación del art. 3 CEDH si se niega un tratamiento médico adecuado para el trastorno psiquiátrico que padece el sujeto²⁶⁵ o si no se le mantiene en un hospital psiquiátrico o en una unidad psiquiátrica especializada, dando lugar a una atención médica inadecuada²⁶⁶. También si está en un ala psiquiátrica de una prisión no adaptada a su condición y a las necesidades de rehabilitación²⁶⁷, o si, debiendo ser ingresado en un establecimiento hospitalario tal y

²⁶² STEDH caso Romanov vs. Rusia, de 20 de octubre de 2005.

²⁶³ STEDH caso Aerts vs. Bélgica, de 30 de julio de 1998.

²⁶⁴ STEDH, caso Raffray Taddei vs. Francia, de 21 de diciembre de 2010, en la que el TEDH entiende que la falta de atención adecuada a una mujer, que padecía anorexia y síndrome de Muchausen, junto con sus traslados reiterados y la incertidumbre prolongada después de sus solicitudes de aplazamiento había sido capaz de causarle una angustia que excedía el nivel inevitable de sufrimiento propio a la detención.

²⁶⁵ STEDH caso Dybeku vs. Albania, de 18 de diciembre de 2007, en la que se entiende que la reclusión de un condenado, que padece esquizofrenia paranoide crónica, en una prisión ordinaria, sin un tratamiento médico adecuado, lo hizo más vulnerable, pudiendo haber exacerbado sus sentimientos de angustia, sufrimiento y miedo, habiendo incumplido el gobierno albanés las recomendaciones del Consejo de Europa sobre el tratamiento de los internos con enfermedades mentales. Véase también STEDH caso Rivière vs. Francia, de 11 de julio de 2006, respecto a un interno con trastornos mentales graves y tendencias suicidas o STEDH caso Güveç vs. Turquía, de 20 de enero de 2009, en un menor de 15 años, juzgado como adulto, con problemas psicológicos y que intentó varias veces suicidarse.

²⁶⁶ STEDH caso Slawomir Musial vs. Polonia, de 20 de enero de 2009, en el que el demandante, que sufría desde la infancia epilepsia y desarrolló después esquizofrenia y otros trastornos mentales graves, no fue tratado en un hospital psiquiátrico especializado, lo que, para el TEDH, valorando la naturaleza, duración y gravedad, le expuso innecesariamente a un riesgo para su salud y debió provocarle estrés y ansiedad. Igualmente, STEDH asunto Ticu vs. Rumanía, de 1 de octubre de 2013.

²⁶⁷ STEDH caso LB. vs. Bélgica, de 2 de octubre de 2012; o STEDH Claes vs. Bélgica, de 10 de enero de 2013. Más recientemente, la STEDH Sy vs. Italia, de 24 de enero de 2023, respecto al internamiento en una prisión ordinaria de un sujeto con trastorno de personalidad y trastorno

como había establecido el tribunal al determinar su inimputabilidad, se le mantiene en una prisión y con insuficiente atención psiquiátrica²⁶⁸. Igualmente, si la imposibilidad de una supervisión psicológica, en este caso a un interno que sufría el síndrome de Ganser, se impide por los traslados constantes entre prisiones²⁶⁹.

La repercusión que esa falta de tratamiento psiquiátrico adecuado durante el tiempo de encarcelamiento a un condenado que padece un trastorno mental tiene en la posibilidad de revisión de la condena, en el caso de un condenado a cadena perpetua, determinó que el TEDH entendiera que se había producido una vulneración del art. 3 CEDH al provocar que no fuera, *de facto*, una cadena perpetua reducible²⁷⁰.

La inexistencia de una infraestructura adecuada en todo el sistema para llevar a cabo una detención psiquiátrica en Bélgica, y su impacto en las perspectivas de reintegrarse en la sociedad, ha dado lugar a una sentencia piloto -STEDH WD vs. Bélgica, de 6 de septiembre de 2016-, al considerar el TEDH que la situación del demandante, al que se ha vulnerado sus derechos contenidos en los arts. 3 y 5 CEDH, responde a una deficiencia estructural específica del sistema de detención psiquiátrica belga, determinando la obligación de Bélgica, conforme al art. 46 CEDH, de organizar su sistema de detención psiquiátrica de una manera respetuosa con la dignidad de los detenidos²⁷¹.

bipolar, a pesar de las decisiones de los tribunales nacionales que indicaban que su estado de salud mental era incompatible con dicha detención y ordenaban su traslado a un centro residencial adecuado y posteriormente su traslado a un servicio psiquiátrico en la prisión, no habiendo además recibido ninguna atención médica integral para su enfermedad y sufriendo además unas condiciones inadecuadas de detención. Un interesante análisis sobre esta resolución se encuentra en SOLAR CALVO, P., LACAL CUENCA, P.: "Salud mental en el ámbito del TEDH", ob. cit., pp. 1 a 12.

²⁶⁸ STEDH caso Strazimiri vs. Albania de 21 de enero de 2020, determinando también la vulneración del art. 5 del CEDH. El TEDH señala que las autoridades albanesas habían incumplido durante mucho tiempo su obligación legal nacional de establecer un establecimiento médico especializado para los enfermos mentales privados de libertad bajo un tratamiento obligatorio ordenado por un tribunal, añadiendo que que las autoridades no sólo debían asegurar que el solicitante recibiera psicoterapia, además de medicación, sino también crear un establecimiento adecuado para las personas en esa situación.

²⁶⁹ STEDH caso. Bamouhammad vs. Bélgica de 17 de noviembre de 2015.

²⁷⁰ STEDH caso Murray vs. Países Bajos de 26 de abril de 2016 (Gran Sala).

²⁷¹ Se trataba de la privación de libertad indefinida de un delincuente sexual con trastornos mentales en un ala psiquiátrica, sin recibir tratamiento médico durante más de 9 años, en tanto esta situación, y la falta de alternativas, repercutía en la inexistencia de perspectivas de reintegrarse en la sociedad, causando un sufrimiento y angustia particularmente agudo. STEDH WD. Vs. Bélgica, de 6 de septiembre de 2016, suponiendo también la vulneración del art. 5.1 CEDH (derecho a la libertad y seguridad) al romper la detención en una instalación inadecuada el vínculo entre el propósito y las condiciones de la detención; del art. 5.4 (derecho a una revisión de la legalidad de la detención) y del art. 13 (derecho a un recurso efectivo) ante la inexistencia de un recurso efectivo en la legislación belga para que el sujeto pudiera plantear las quejas ante la situación sufrida. Parece que la sentencia piloto ha surtido efecto puesto que recientemente, en la STEDH de la Gran Sala, asunto Rooman vs. Bélgica, de 31 de enero de 2019, el TEDH ha concretado su jurisprudencia en un caso similar, de un delincuente sexual en confinamiento

Ahora bien, el TEDH requiere que se demuestre que las condiciones de detención, en este caso, la falta de tratamiento médico, han provocado un deterioro en su salud mental, negando la vulneración del art. 3 CEDH si no se proporciona documentación para demostrarlo²⁷².

También ha tenido oportunidad el Tribunal de Estrasburgo de pronunciarse sobre el tratamiento médico obligatorio, considerando que no se podía determinar la violación del art. 3 CEDH en un caso en el que se había obligado a tomar una medicación a una persona que padecía graves trastornos mentales y que había intentado suicidarse dos veces para aliviar sus síntomas, al no presentarse pruebas detalladas para demostrar que las autoridades actuaron de manera incorrecta²⁷³.

Asimismo el TEDH se ha pronunciado sobre la aplicación de medidas restrictivas de derechos, en concreto del aislamiento en solitario y de mecanismos de contención como las esposas, a pacientes con trastorno mental, declarando que mantener esposado al demandante, que padecía enfermedad mental, durante 7 días, en una situación de aislamiento en solitario, sin justificación médica ni tratamiento psiquiátrico, suponía la vulneración del art. 3 CEDH, señalando que las autoridades nacionales no habían proporcionado el tratamiento médico y la asistencia adecuada requerida²⁷⁴. Y también ha considerado contrario al art. 3 CEDH, por provocar angustia o dificultades que superaban el nivel inevitable de sufrimiento inherente a la privación de libertad, sancionar con aislamiento en celda como medida disciplinaria por sus intentos de suicidio repetidos a un interno que sufría un trastorno psicológico²⁷⁵. No así ha entendido que el mero aislamiento en solitario como sanción en el caso de un enfermo que sufre problemas

obligatorio, que desde 2004 hasta 2017 no recibió tratamiento psicológico ni psiquiátrico, y en la que señala cómo la situación cambia a partir de 2019. Entiende el TEDH que durante el primer período se ha producido vulneración del art. 3 CEDH porque la detención continua sin una esperanza realista de cambio y sin el apoyo médico durante 13 años constituía una dificultad grave, causando angustia de una forma que excedía el nivel inevitable de sufrimiento propio a la detención, privándole además de la posibilidad de mejorar su situación, lo que producía una detención ilegal, con vulneración del art. 5 CEDH. En cambio, entiende el TEDH que desde 2017 no hay vulneración de ambos derechos puesto que las autoridades habían mostrado una voluntad real de remediar la situación del demandante con medidas concretas en una institución adecuada capaz de proporcionarle un tratamiento adecuado adaptado a su condición. Deriva a esta sentencia piloto, la STEDH caso Venkel y otros vs. Bélgica de 6 de abril de 2021, que considera que existe vulneración de los arts. 3 y 5 CEDH en el caso de cinco ciudadanos belgas con internamiento obligatorio en el ala psiquiátrica de prisiones ordinarias, que no recibieron atención terapéutica adecuada a su estado de salud mental.

²⁷² STEDH caso Novak vs. Croacia, de 14 de junio de 2007.

²⁷³ STEDH caso Gennadiy Naumenko vs. Ucrania, de 10 de febrero de 2004.

²⁷⁴ STEDH caso Kucheruk vs. Ucrania, de 6 de septiembre de 2007.

²⁷⁵ STEDH asunto Jeanty vs. Bélgica, de 31 de marzo de 2020.

psiquiátricos implica directamente un trato inhumano o degradante si la supervisión médica era adecuada²⁷⁶.

Por último, también el TEDH ha entendido contrario al art. 3 CEDH la privación de libertad de una persona, con un trastorno psiquiátrico crónico de tipo esquizofrénico, considerado por el tribunal como inimputable, en prisión y en una institución psiquiátrica, sin ser apto para la privación de libertad y en condiciones denigrantes que podrían haber exacerbado sus sentimientos de angustia, ansiedad y miedo²⁷⁷.

3. ESTÁNDARES DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL

3.1. La tardía atención de la UE al mundo penitenciario

Es verdad que, a diferencia del Consejo de Europa, la UE ha demostrado un interés tardío en el mundo penitenciario²⁷⁸. Las razones que lo explican son varias. A la inicial falta de atención a la materia penal, al entender que era una manifestación inherente al núcleo más profundo de la idea de soberanía estatal de cada Estado miembro, se añade que, en lo relativo al ámbito penitenciario, se partía de la confianza en que todos los países de la UE, como miembros a su vez del Consejo de Europa, estaban vinculados por el CEDH, sujetos a los controles judicial del TEDH y preventivo del CPT y, en consecuencia, estaban influidos por los estándares penitenciarios de *soft law* elaborados por estos actores²⁷⁹.

Sin embargo, particularmente en la última década, observamos que hay un interés creciente en diversos órganos de la UE por el ámbito de las prisiones. Es el caso del Parlamento Europeo, que en diversas resoluciones ha mostrado su preocupación por las condiciones desfavorables de cumplimiento, la sobrepoblación penitenciaria, el alto recurso a la prisión provisional, la falta de alternativas a la prisión, o el suicidio, la drogadicción y en las que apelando al cumplimiento y traslado de los estándares penitenciarios elaborados en el ámbito del Consejo de Europa, la jurisprudencia del TEDH y los informes y control del CPT. En ellas también la situación de la enfermedad mental en prisión se ha ido haciendo hueco entre las preocupaciones expresadas por el Parlamento.

²⁷⁶ STEDH asunto *Cocaign vs. Francia*, de 3 de noviembre de 2011.

²⁷⁷ STEDH *G vs. Francia*, de 23 de febrero de 2012.

²⁷⁸ Y eso que, como bien señalan VAN ZYL SMIT, D., y SNACKEN, S. es quien posee el potencial necesario para convertirse en la mayor fuerza para el desarrollo del derecho y la política penitenciaria europea. *Principios de derecho y política penitenciaria europea*, ob. cit., p. 553.

²⁷⁹ RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "Las prisiones en un mundo global: estándares europeos de Derecho penitenciario", ob. cit., pp. 600 y ss.

Pero sin duda la mayor preocupación la ha generado el impacto que en la cooperación judicial entre los países miembros, y en concreto en la aplicación de instrumentos como la euroorden o el reconocimiento mutuo de sentencias en materia penal, tiene la situación de sobrepoblación y hacinamiento de algunos sistemas penitenciarios europeos, que han llegado a dar lugar al pronunciamiento del TJUE sobre los supuestos en los que pueda exceptuarse el principio de reconocimiento mutuo ante el riesgo de que la persona entregada pueda ser sometida a un trato considerado inhumano o degradante²⁸⁰. El riesgo de que la existencia de unas condiciones de detención claramente deficientes o por debajo de los mínimos establecidos por las RPE contribuya a impedir el traslado de reclusos ante el riesgo de que supondría someterles a un trato inhumano o degradante²⁸¹ ha dado lugar a la reciente Recomendación de la Comisión europea de 2022 sobre prisión provisional y condiciones de reclusión, y en la que por ello se han incorporado previsiones referidas a la salud física y mental. Y aspectos como la inexistencia de tratamiento psiquiátrico o una privación de libertad en condiciones inadecuadas para una persona que padece una enfermedad mental pueden aparecer como argumentos que puedan dejar sin efecto la utilización de estos instrumentos de cooperación²⁸².

²⁸⁰ Más desarrolladamente, sobre estas tres relevantes decisiones del TJUE -Aranyosi y Caldaru (2016), ML (2018) y Dorobantu (2019)-, véase RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: "La trilogía del Tribunal de Justicia de la UE sobre Euroorden y condiciones de detención contrarias a la dignidad: en busca de la confianza mutua perdida", *Revista Penal* nº 45, 2020, pp. 109 y ss.

²⁸¹ Señalado por la Comisión en su Libro Verde: "Reforzar la confianza mutua en el espacio judicial europeo" *Libro verde relativo a la aplicación de la legislación de justicia penal de la UE en el ámbito de la detención*. Com (2001) 327 final, p. 12.

²⁸² Así, el Informe *Prisons and detention conditions in the UE* del Departamento de Política del Parlamento Europeo para los Derechos de los Ciudadanos y Asuntos Constitucionales a petición del Comité LIBE, cuyo objetivo es proporcionar información de fondo y recomendaciones de política con respecto a las prisiones y a las condiciones de detención de la UE, refiere la reciente solicitud de aclaración de Italia al TJUE para ver si la sentencia Aranyosi puede ser aplicada por analogía a la ejecución de una ODE por la existencia de un riesgo grave para la salud de la persona cuya entrega se le ha solicitado por parte de Croacia. En concreto, se trata de una persona que se encontraba sufriendo un trastorno psicótico que requería tratamiento y con un alto riesgo de suicidio relacionado con la posibilidad de encarcelamiento, entendiéndose Italia que su entrega a Croacia supondría un empeoramiento de su estado general y un riesgo real para su salud, pero encontrándose con que su regulación nacional no prevé expresamente este motivo de rechazo para la Orden solicitada; p. 37.

3.2. La enfermedad mental en las Resoluciones y Recomendaciones en materia penitenciaria del Parlamento europeo

La preocupación del Parlamento Europeo por la enfermedad mental en prisión es relativamente reciente. No se refiere a ello todavía en su Resolución sobre las malas condiciones en las cárceles de la UE de 1996²⁸³.

Es en 1998, en su Resolución de 17 de diciembre sobre las condiciones carcelarias en la Unión Europea: reorganización y pena de sustitución²⁸⁴, donde ya manifiesta su inquietud ante el impacto de la sobrepoblación penitenciaria existente en varios Estados miembros²⁸⁵, al comprometer “gravemente las posibilidades de reinserción por las consecuencias que tiene para la salud física y mental de los presos” (considerando K), y en la que insta a establecer condiciones de detención adecuadas con una asistencia psiquiátrica apropiada para los presos internados (parágrafo 13)²⁸⁶.

Tres años después, en la Resolución del Parlamento Europeo de 15 de diciembre de 2011, sobre las condiciones de privación de libertad en la UE²⁸⁷, se solicita a los Estados miembros que asignen recursos adecuados para, entre otros fines²⁸⁸, “vigilar a los presos aquejados de trastornos mentales y psicológicos” (parágrafo 8)²⁸⁹.

²⁸³ Salvo en una referencia a la situación del ala masculina de la prisión Mountjoy de Dublín, a partir de la denuncia planteada por el Comité europeo para la prevención de la tortura, de la falta de tiempo para la atención sanitaria para cada interno, la ausencia de servicio de enfermería cualificada, la falta de historiales médicos y la inexistencia de servicio psiquiátrico (considerando D).

²⁸⁴ DO C 98, de 9/04/1999, p. 299.

²⁸⁵ Posteriormente señalado, además de en las resoluciones referidas expresamente al ámbito penitenciario, en la Resolución sobre la Situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea en 2015, de 13 de diciembre de 2016, parágrafo 15: “Manifiesta su preocupación por las condiciones de detención carcelaria en algunos Estados miembros, que se caracterizan a menudo por una situación de superpoblación y maltrato; destaca la necesidad de garantizar los derechos fundamentales de los presos (...).

²⁸⁶ Recordando que debe brindarse una asistencia sanitaria en cada centro penitenciario por los servicios sanitarios similar a la recibida por el resto de ciudadanos fuera de prisión, en particular la posibilidad de acceso al médico de guardia durante la noche, además de la previsión de un reconocimiento médico general de cada interno a su ingreso y un servicio de seguimiento médico a su salida (parágrafos 11 y 12).

²⁸⁷ P7_TA(2011)0585.

²⁸⁸ Como la reestructuración y modernización de las prisiones, la protección de los derechos de los presos, así como su rehabilitación y preparación para la liberación o la formación del personal de prisiones.

²⁸⁹ Además de hacerse eco en su considerando D de la caracterización del sistema penitenciario europeo realizada por el Libro Verde de la Comisión sobre la aplicación de la legislación de justicia penal de la UE en el ámbito de la detención (COM/2011)0327)final) en la que se refería la masificación carcelaria, el incremento de la población reclusa y del número de internos extranjeros, el gran número de presos en espera de juicio los presos con trastornos mentales y psicológicos y los numerosos casos de muertes y suicidios.

En la Recomendación del Parlamento Europeo destinada al Consejo sobre los derechos de los detenidos en la UE²⁹⁰, de 9 de marzo de 2004, solicita a este último que promueva la elaboración de una Carta penitenciaria europea común a todos los países del Consejo de Europa²⁹¹ en la que, entre otros derechos, se recojan el derecho a la seguridad mental y física, en particular la protección contra la violencia de otros detenidos y la prevención del suicidio; y el derecho de acceso a los servicios médicos internos y, en su caso, externos; así como medidas específicas relativas a las categorías vulnerables: menores, mujeres, personas con problemas psiquiátricos o físicos o enfermas, personas de edad avanzada, suicidas potenciales, toxicómanos, extranjeros, solicitantes de asilo, etc. (parágrafo 1 c).

Pero es más recientemente cuando la enfermedad mental se identifica como uno de los problemas del sistema penitenciario europeo, vinculada ya a otros grandes retos como la sobrepoblación o la radicalización.

Así, en la Resolución de 5 de octubre de 2017, sobre condiciones y sistemas penitenciarios²⁹², en la que el Parlamento Europeo se refiere a los problemas más relevantes del sistema penitenciario europeo como las alarmantes condiciones de reclusión de algunos Estados miembros -de las que llega a decir que en ocasiones pueden ser entendidas como degradantes e inhumanas y que pueden suponer un obstáculo para el principio de reconocimiento mutuo de las resoluciones judiciales-, la sobreocupación de los centros penitenciarios, la radicalización en prisión o el abuso de la prisión provisional y la falta de alternativas, entre otros, repasa también en la situación de determinados colectivos especialmente vulnerables en prisión. Entre ellos, se refiere en su parágrafo 22 a los enfermos mentales, lamentando que “en ocasiones las personas afectadas por una enfermedad mental permanecen recluidas simplemente porque en el exterior no existen los servicios apropiados”. Refuerza así lo señalado en su considerando I, en el que entendía como especialmente inadecuada la privación de libertad para algunas personas vulnerables, entre ellas²⁹³, las personas que padecen una incapacidad o una enfermedad mental o física grave, personas que requieren una atención adecuada e individualizada. En este sentido, el Parlamento da un paso hacia delante en el requerimiento de la armonización en el ámbito penitenciario, solicitando a la Comisión y a las instituciones de la Unión que, en el ámbito de sus competencias,

²⁹⁰ P5_TA(2004)0141, DO C 102 E 28/04/2004.

²⁹¹ O, de no elaborarse o si los resultados son insatisfactorios, que la UE elabore una Carta de derechos de las personas privadas de libertad, obligatoria para los Estados miembros y sujeta a la jurisdicción del Tribunal de Justicia (punto 1.d).

²⁹² P8_TA(2017)0385; publicada en el Diario Oficial de la UE, de 27 de septiembre de 2018 (C346/94).

²⁹³ Refiriéndose también a los menores, personas mayores y a las mujeres embarazadas.

adopten las medidas necesarias para garantizar el respeto y la protección de los derechos fundamentales de todos los reclusos, pero especialmente para las personas vulnerables -menores, enfermos mentales, personas con discapacidad y mujeres-, planteando la adopción de normas y reglas europeas de reclusión comunes a todos los Estados miembros (parágrafo 57).

A renglón seguido, el Parlamento recuerda que el tratamiento inadecuado de una persona aquejada de una enfermedad mental puede equivaler a una violación del art. 3 del CEDH y, de tratarse de internos con tendencias suicidas²⁹⁴, además de su artículo 2.

Asimismo, pide a los Estados que garanticen el acceso a una atención sanitaria adecuada y a unas instalaciones médicas apropiadas en prisión, en atención al principio del derecho universal a la salud, debiendo velar por que tengan acceso a la atención sanitaria siempre que lo precisen y exista un número suficiente de personal médico cualificado en cada centro. Y muestra su preocupación por la dificultad con la que se encuentran en varios países los reclusos para acceder a la consulta de un médico o para la obtención de ayuda psicológica (parágrafo 42).

Respecto a los menores reclusos, anima a los Estados miembros a que promuevan centros educativos cerrados con atención psiquiátrica infantil para los casos más difíciles, en lugar del recurso al encarcelamiento (parágrafo 31).

Se refiere, por último, a la salud mental en relación con la prevención de la radicalización, afirmando que una mayor atención psiquiátrica es uno de los elementos esenciales para luchar contra la misma²⁹⁵.

3.3. La enfermedad mental en la Recomendación de la Comisión Europea sobre prisión provisional y condiciones de reclusión

Recientemente, se ha aprobado la Recomendación de la Comisión Europea sobre los derechos procesales de las personas sospechosas o acusadas sometidas a prisión provisional y sobre las condiciones materiales de reclusión²⁹⁶, cuyo objetivo es presentar a los países miembro una serie de directrices que sirvan para limitar el uso de la prisión provisional, garantizando su excepcionalidad y su sujeción a las garantías derivadas del respeto a la presunción de inocencia, y a la mejora de sus condiciones de reclusión,

²⁹⁴ En este sentido, el Parlamento europeo manifiesta también su preocupación por el elevado número de suicidios en las prisiones, al tiempo que solicita a cada país miembro la elaboración de un plan de acción nacional para prevenirlos (parágrafo 22).

²⁹⁵ Junto con otras actuaciones como un mejor sistema de tutorías o los encuentros con personas desradicalizadas, así como la mejora de la detección de los signos tempranos y de los mecanismos para hacer frente a comportamientos extremistas, el desarrollo de medidas educativas o el diálogo entre distintas confesiones; Parágrafo 47.

²⁹⁶ C(2022) 8971 final, Bruselas, 8/12/2022.

evitando condiciones de mayor penosidad, con vistas en todo caso a armonizar la actuación de los distintos países y, con ello, a mejorar la cooperación entre países, reforzando el principio de reconocimiento mutuo y facilitando la ejecución de las órdenes de detención europea y el reconocimiento de sentencias y la ejecución de condenas, comprometida por la sobrepoblación y las malas condiciones de reclusión existentes en distintos países europeos²⁹⁷. De hecho, el acceso a la asistencia sanitaria se refiere como uno de los ámbitos prioritarios clave relativo a las condiciones materiales adecuadas de reclusión para la cooperación judicial en materia penal entre los Estados miembros²⁹⁸. Y entre los colectivos en situación de especial vulnerabilidad sobre los que deben proporcionarse orientaciones para la protección de sus derechos señala expresamente a las personas con discapacidad o con enfermedades graves -junto a ellos, las mujeres, menores, personas LGBTIQ y los extranjeros²⁹⁹-. Las necesidades especiales que estos colectivos tienen deberán ser tenidas en cuenta por los Estados miembros “en todas las decisiones relativas a su reclusión”³⁰⁰.

En las definiciones que incorpora en sus párrafos iniciales (4 a 9) incluye bajo el término “personas con discapacidad” a quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas (párrafo 9)³⁰¹.

En el desarrollo de las Normas mínimas relativas a las condiciones materiales de reclusión, la Recomendación insta a los Estados a garantizar condiciones adecuadas de cumplimiento en aspectos como el espacio mínimo vital, las condiciones higiénicas y sanitarias, el tiempo transcurrido fuera de la celda y al aire libre, la excepcionalidad del aislamiento o el contacto con el mundo exterior, aspectos que sin duda, y aunque no se refiera expresamente a la enfermedad mental, repercuten en la calidad asistencial de las

²⁹⁷ Como refiere el Consejo en la propia Recomendación (considerandos 5 a 7 y 17 a 19 y 32). Más detenidamente sobre ello, véase RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: “La trilogía del Tribunal de Justicia de la UE sobre Euroorden y condiciones de detención contrarias a la dignidad: en busca de la confianza mutua perdida”, ob. cit., pp. 109 y ss.

²⁹⁸ Considerando 22. En concreto, en relación con las condiciones materiales de reclusión, la Comisión entiende que los ámbitos fundamentales respecto a los que deben darse orientaciones son el alojamiento, la distribución de reclusos, la higiene y saneamiento, la alimentación, regímenes de reclusión en relación con el ejercicio y actividad fuera de la celda, el trabajo, la educación, la asistencia sanitaria, la prevención de la violencia y los malos tratos, el contacto con el mundo exterior, el acceso a la asistencia letrada, los procedimientos de petición y queja, las inspecciones y la supervisión.

²⁹⁹ Ibidem.

³⁰⁰ Considerando 29.

³⁰¹ Estableciéndose, como principio general, que la Recomendación debe ser aplicada por los Estados miembros sin distinción de ningún tipo, entre otras causas de discriminación, por razones de discapacidad (párrafo 13).

personas privadas de libertad y disminuyen el impacto que unas condiciones inadecuadas tienen en la salud mental.

El primer ámbito en el que esta Recomendación se refiere expresamente a la salud, tanto a la física como a la mental, es en relación con los regímenes de vida en prisión. Así, su considerando 27 refiere que “los regímenes de reclusión no deben limitar indebidamente la libertad de circulación de los reclusos dentro del centro de reclusión y su acceso al ejercicio, a los espacios al aire libre, a las actividades útiles y a la interacción social, a fin de permitirles mantener su salud física y mental y promover su reintegración social”. Y, específicamente respecto a los menores³⁰², insta a la adopción de un régimen de reclusión adecuado y multidisciplinar que garantice y preserve su salud y su desarrollo físico, mental y emocional (parágrafo 72).

Ya concretamente para las personas con discapacidad o afecciones médicas graves, dentro de las medidas especiales recogidas para este colectivo en sus párrafos 75 y 76, la Recomendación insta a que los Estados miembros presten una especial atención para satisfacer las necesidades y garantizar la accesibilidad de estos reclusos en relación con las condiciones materiales de reclusión y a los regímenes de reclusión, lo que incluye la prestación de actividades adecuadas (parágrafo 76).

El segundo ámbito es, obviamente, la garantía de la asistencia sanitaria: “los Estados miembros deben garantizar que los reclusos tengan acceso en tiempo oportuno a la asistencia médica, incluida la psicológica, que necesiten para mantener su salud física y mental” (parágrafo 49). Es, a renglón seguido, cuando al señalar el principio de universalidad de la atención sanitaria, se refiere expresamente a la atención psiquiátrica: “A tal fin, los Estados miembros deben garantizar que la asistencia sanitaria en los centros de reclusión cumpla las mismas normas que la dispensada por el sistema nacional público de salud, también en lo que respecta al tratamiento psiquiátrico”. En este sentido, requiere que los Estados miembros exijan que se realice un reconocimiento médico sin demora injustificada al inicio de cualquier período de privación de libertad y tras la realización de cualquier traslado (parágrafo 51).

Nuevamente se refiere a la salud mental al instar a los Estados miembros a que se preste especial atención a la salud mental³⁰³, derecho desarrollado en ese grupo de medidas especiales para las personas con discapacidad o afecciones médicas graves (párrafos 75 y 76). En ellas, reitera el deber de que los Estados garanticen una atención adecuada comparable a la proporcionada por el sistema nacional público de

³⁰² Entendiéndose en el marco de la Recomendación a toda persona menor de 18 años (parágrafo 7).

³⁰³ Junto a ello, se refiere también al tratamiento de los reclusos con toxicomanía, a la prevención y los cuidados de las enfermedades infecciosas y a la prevención del suicidio (parágrafo 50).

salud, respondiendo a sus necesidades específicas, para las personas con discapacidad o con afecciones médicas graves. En relación con las personas con enfermedad mental diagnosticada, establece que los Estados deberán garantizar que reciban atención profesional especializada “cuando sea necesario en instituciones especializadas o secciones específicas del centro de reclusión bajo supervisión médica”, además que proporcionarles la continuidad de la asistencia sanitaria como preparación a la puesta en libertad de ser necesario (parágrafo 75).

También, bajo ese concepto amplio de discapacidad que plantea la Recomendación, se refiere el deber de proporcionar a los reclusos una dieta nutritiva que tenga en cuenta, entre otras circunstancias, su discapacidad (parágrafo 44).

3.4. La salud mental en las Recomendaciones de la Red para la Sensibilización frente a la Radicalización

La salud mental ha sido objeto de preocupación de la red para la Sensibilización frente a la Radicalización (RAN), instrumento creado en 2011 por la Comisión Europea en el marco de la Estrategia de Seguridad Interior de la UE y que sirve de paraguas para el trabajo de más de 6000 profesionales de distintas disciplinas y proveniencias de los Estados miembros para, a partir de la puesta en común de las diferentes experiencias y conocimientos sobre radicalización y extremismo violento, plantear recomendaciones para prevenirlo, contrarrestarlo y facilitar la rehabilitación y reintegración³⁰⁴. Dos de los grupos de Trabajo en los que se integran estos profesionales, RAN PRISIONES y RAN REHABILITATION, abordan la problemática del radicalismo en prisión y en los servicios de *probation*.

Ya en 2018 RAN se refiere expresamente a la salud mental haciéndose eco de varios estudios que sugieren la existencia de una conexión entre un porcentaje de delincuentes radicalizados y problemas de salud mental y recomendando, en consecuencia, que haya servicios y evaluaciones de salud penal en los sistemas penitenciarios y de *probation* para asegurar que reciban apoyo tanto durante su condena como tras su liberación³⁰⁵. Apenas tres años después lo reitera, señalando que los profesionales observan el incremento del número de internos que participan en programas de rehabilitación que muestran signos de problemas de salud mental, y reflexionando sobre la necesidad de

³⁰⁴ Más detenido sobre la RAN y sus estándares en esta materia, RODRÍGUEZ YAGÜE, C.: *Las prisiones como estrategia frente al desafío del terrorismo, la radicalización y el extremismo violento*, ob. cit., pp. 39 y ss.

³⁰⁵ En su documento “The challenge of resocialization: Dealing with radicalised individuals during and after imprisonment” de 2018.

que las medidas de rehabilitación y apoyo a la salud estén mejor integradas³⁰⁶. Recientemente ha señalado también la necesidad de involucrar de manera más efectiva a los profesionales de la salud mental en el trabajo de prevención y lucha contra la violencia y el extremismo³⁰⁷ y la necesidad de sensibilización y formación sobre radicalización de todos los actores involucrados en el proceso, lo que incluye a profesionales de la salud mental³⁰⁸.

³⁰⁶ En su documento “New offender types and appropriate measures of exit work” de 2021.

³⁰⁷ En su documento “Racially and Ethnically Motivated Violent Extremist (REMVE)/Violent Right-wing Extremist (VRWE) in the US and EU”, de 2023.

³⁰⁸ En su documento “RAN activities on Rehabilitation” de 2022.