

¿DE QUIÉN ES LA SANIDAD PENITENCIARIA? VALORACIÓN A LA LUZ DE LA SAN 2136/2022, DE 11 DE MAYO. ESPECIAL REFERENCIA A LA ENFERMEDAD MENTAL¹

Por

PUERTO SOLAR CALVO / PEDRO LACAL CUENCA
Jurista de II.PP. / Psicólogo de II.PP
Doctora en Derecho UAM / Máster Psicología Clínica

Revistas@iustel.com

Revista General de Derecho Penal 38 (2022)

RESUMEN: La sanidad penitenciaria sigue siendo motivo de controversia jurídica. Y ello con un importante impacto en la atención más o menos asistencial de la enfermedad mental en prisión. En el presente trabajo nos preguntamos si las resoluciones judiciales que se comentan pueden indicar el camino a seguir para una mejor distribución competencial entre las administraciones implicadas.

PALABRAS CLAVE: sanidad penitenciaria, enfermedad mental, asistencia, seguridad.

WHO IS IN CHARGE OF INMATE'S HEALTH? STUDY OF NEW CASE LAW AND SPECIAL REFERENCE TO MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Health attention of inmates is an issue of permanent discussion. It also has an important impact on the treatment of mental illness inside prisons. In this paper, we study some recent sentences and their possible influence on the current situation of mentally ill people inside and outside prisons.

KEYWORDS: Health in prisons, mental illness, treatment, security.

1.- STS 222/2019, DE 21 DE FEBRERO, SOBRE GASTOS SANITARIOS EN PRISIÓN

Hace no mucho, el TS decidió de forma mayoritaria a quién corresponde abonar los gastos de la asistencia médica en prisión. Veamos los hechos abordados, los fundamentos jurídicos para la decisión adoptada y el interesante voto particular que se

¹ Este trabajo se encuadra dentro del Proyecto Exclusión social y sistema penal y penitenciario: análisis y propuestas acerca de tres realidades (inmigración y refugio, enfermedad mental y prisión), Convocatoria 2019 Proyectos de I+D+i - RTI Tipo B, Referencia: PID2019-105778RB-I00. Se realiza bajo la coordinación del Prof. Doctor Xabier Etxebarria Zarrabeitia, y continúa otras aportaciones anteriores. En especial, LACAL CUENCA, P., SOLAR CALVO, P., "El enfermo mental y prisión ¿Interno o paciente?", en MATA Y MARTÍN, R. (Dir.), MONTERO HERNANZ, T. (Coord.), *Salud mental y privación de libertad. Aspectos jurídicos y de intervención*, Ed. Bosch, 2021.

opone a los mismos. Más allá de la cuestión, aparentemente menor, de qué concreta administración ha de hacerse cargo de los gastos sanitarios de las personas privadas de libertad, la valoración jurídica que se lleva a cabo deja entrever un pensamiento sistémico de hondo calado en el día a día penitenciario.

1.1.- Hechos que dan lugar a la controversia

Teniendo en cuenta el antecedente segundo de la STS que comentamos, los hechos que dan lugar al litigio y controversia jurídica son los siguientes: "1. Los hechos sobre los que ha versado el litigio, sintéticamente expuestos, derivan de las liquidaciones giradas por los hospitales integrados en el Servicio Madrileño de Salud a los centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid por la asistencia prestada a internos en dichos centros que tenían la condición de asegurados, afiliados o beneficiarios de la Seguridad Social. 2. La Administración General del Estado -bajo cuya dependencia se encuentran aquellos centros penitenciarios- consideró, sin embargo, que la asistencia sanitaria a los presos debe prestarse por los servicios públicos de salud "en las mismas condiciones y aplicando el mismo procedimiento que se aplica al resto de ciudadanos", de manera que la facturación al Ministerio del Interior -por los servicios públicos sanitarios madrileños- de los precios de la atención médica y hospitalaria dispensada a los internos en centros penitenciarios solo debe producirse "en los casos en que la Administración sanitaria compruebe que la persona afectada no tiene la condición de asegurado o beneficiario de la Asistencia Sanitaria Pública".

Sentada esta disyuntiva, el TSJ de la Comunidad de Madrid se posiciona con la primera de las variables presentadas. Presentado recurso de casación, la STS cuyo análisis abordamos confirma esta postura. Ello no sin cierta polémica al constar voto particular a la resolución emitido en sentido favorable a la segunda de las opciones.

1.2.- Fundamentos de derecho para que la Administración Penitenciaria asuma los gastos sanitarios de internos asegurados

Tras dirimir el TS la cuestión previa de determinar la naturaleza del recurso que le ocupa, contencioso-administrativo o de carácter social, inclinándose por lo primero al no estar en discusión la determinación en sí del derecho de los internos a la asistencia sanitaria, sino la Administración que ha de hacerse cargo de su abono, el TS expone los siguientes fundamentos para determinar que esta responsabilidad corresponde a la Administración Penitenciaria. De acuerdo con el tercer fundamento de derecho, "(...) nuestra solución -que, adelantamos, coincide con la de la sentencia recurrida- parte de dos consideraciones, derivadas de la normativa que más arriba se ha transcrito: la

primera, que la protección integral de la salud del interno es un deber que se impone a la administración penitenciaria, a cuyo cargo tiene a una persona vinculada a ella por una evidente relación de sujeción especial; la segunda, que no hay un solo precepto legal o reglamentario que disponga que el coste de la asistencia sanitaria (cuando es dispensada a los presos fuera del establecimiento y por medios ajenos a la institución penitenciaria) deba ser sufragado por el titular de la institución sanitaria que presta dicho servicio. 3. Como se sigue de las normas que transcribimos parcialmente más arriba - arts. 207, 208 y 209 RP-², las prestaciones sanitarias se garantizan a los internos por la Administración penitenciaria *con medios propios o ajenos concertados* (en el caso de la *atención primaria*) y *preferentemente* a través del Sistema Nacional de Salud (en los supuestos de la *asistencia especializada*), sin que el precepto que establece tal distinción (el artículo 208.2 del Reglamento Penitenciario) recoja diferencia alguna en relación al abono de los gastos derivados de la asistencia de una u otra clase, pues solo

² Siguiendo su orden y de acuerdo a su contenido, el art. 207 abarca en primer lugar la asistencia integral, estableciendo que: "1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles. 2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita. 3. La Administración Penitenciaria abonará a las Administraciones Sanitarias competentes los gastos originados por las inversiones precisas para la adecuación de las plantas de hospitalización o consultas de los Centros Hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad". Por su parte, el art. 208 sobre prestaciones sanitarias, determina que: "1. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención. 2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes". Finalmente, el art. 209 sobre el modelo de atención sanitaria, distingue: "1. Atención primaria: 1.1. La atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo. 1.2. Los Centros de mujeres dispondrán además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando convivan niños con sus adre, de un pediatra. 2. Asistencia especializada: 2.1. La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos. 2.2. La asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al Centro penitenciario. 2.3. Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas. 3. La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España".

ordena a la Administración Penitenciaria "garantizar" a todos los presos aquellas prestaciones".

Por ello, bajo el paraguas conceptual de la relación de sujeción especial, y al no concurrir norma específica que diferencie entre la cobertura sanitaria de los internos asegurados y aquellos que no lo están, la STS declara a la Administración Penitenciaria tercera obligada. Conforme a la propia resolución, "en definitiva, en la medida en que tienen la consideración de terceros obligados al pago -en los términos del artículo 83 de la Ley General de Sanidad y de la normativa de la Comunidad de Madrid que señalamos más arriba- aquellos que, "en virtud de normas legales o reglamentarias", deban hacerse cargo del importe de la prestación correspondiente, la administración penitenciaria reúne aquella condición pues así viene establecida por las *normas legales y reglamentarias* que más arriba han sido analizadas e interpretadas"³.

1.3.- El interesante Voto Particular a la Sentencia

Frente a la postura anterior, el voto particular emitido por el magistrado MAURANDI GUILLÉN, parte de una postura argumental diferente con resultados opuestos a la resolución que se comenta. En lugar de tener en cuenta la existencia o no de la tan discutida relación de sujeción especial del interno con la Administración Penitenciaria⁴, asume como normativa básica la del común de los ciudadanos beneficiarios del Sistema

³ Como argumento adicional, el TS refiere la incongruencia que supone que la Administración Penitenciaria haya estado sufragando los gastos sanitarios de los internos sin establecer la distinción entre asegurados y no asegurados que ahora reclama. En concreto, "vaya por delante que la tesis del representante de la Administración del Estado está en abierta contradicción con sus propias actuaciones anteriores, concretamente con los convenios de colaboración que suscribió al respecto con la propia Comunidad de Madrid. Si analizamos el último de ellos (publicado en el BOE de 29 de enero de 2014) comprobamos sin esfuerzo que Instituciones Penitenciarias abona a la Administración sanitaria madrileña "un pago capitativo de 500 euros para el año 2013", que se actualizará en el año siguiente, y que parte de una retribución por preso a tenor de la "media real de internos en enero y febrero de 2013" (fijada en 8019 presos en centros penitenciarios), sin que aparezca en el convenio el menor atisbo de distinción derivada de que el preso concernido ostente o no la condición de afiliado a la Seguridad Social. Es posible que lo anterior no constituya un *acto propio* en sentido estricto, pero sí resulta al menos curioso o singular que desde el 1 de enero de 2015 se defienda que no hay gasto alguno que el Estado deba sufragar en relación con la asistencia hospitalaria a presos con derecho a la Seguridad Social y que, previamente, se haya convenido con las Comunidades Autónomas un sistema en el que el Estado sí financiaba dicha asistencia".

⁴ Acerca de sus orígenes, LÓPEZ BENÍTEZ, M., *Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones de sujeción especial*, Civitas, Madrid, 1994, pp. 53 y ss., con referencias a LABAND, P., *Das Staatsrecht des Deutschen Reiches*, vol. I, Laupp, Tübingen, 1876; JELLINEK, G., *Gesetz und Verordnung. Staatsrechtliche Untersuchungen auf rechtsgeschichtlicher Grundlage*, Freiburg/Br., 1887, quienes introducen la expresión alemana de *besonderes Gewaltverhältnis*. TAMARIT SUMALLA, J. M., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, M., J., SAPENA GRAU, F. (Coords.), *Curso de Derecho penitenciario*, 2ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2005; pp. 76-81; Sobre su incidencia en el medio penitenciario, entre otros, RÍOS MARTÍN, J. C., ETXEBARRÍA ZARRABEITIA, X., PASCUAL RODRÍGUEZ, E., *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse en la cárcel*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2016, pp.455 y ss.

de Seguridad Social. De este modo, "con base en todo lo anterior, puede concluirse que las atenciones o servicios sanitarios dispensadas por el SNS podrán ser reclamadas, reconociendo en ellos la condición de usuario privado, a los sujetos jurídicos o entidades siguientes: (1) a las personas físicas que, a solicitud de ellas mismas, hayan recibido directamente la asistencia sanitaria; (2) a los sujetos o entidades sanitarias que actúan como usuarios indirectos del SNS, por actuar en relación con personas físicas frente a las que asumieron el compromiso de dispensarles asistencia sanitaria encuadrable en una relación de derecho privado y, ante las dificultades de hacerlo con sus propios medios derivaron a aquellas hacia el SNS y solicitaron de este que efectuara esta dispensa; y (3) que éstos últimos resultan encuadrables en el supuesto de terceros obligados que enumera el apartado 7.c) del anexo IX al que se remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre".

Por todo ello, "la interpretación conjunta de los apartados dos y cuatro del artículo 3 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, y del artículo 36 de este mismo texto legal, permite apreciar unos mandatos normativos en materia de asistencia sanitaria a los internos en establecimientos penitenciarios. Son éstos que continúan: Que la Administración penitenciaria tiene la obligación de velar por la vida, integridad y salud de la totalidad de los internos y, consiguientemente, tiene el deber de facilitar a todos ellos la asistencia sanitaria que reclame la debida atención de esos derechos de los internos a cuya protección viene obligada; Que para la prestación de esa asistencia sanitaria la Administración penitenciaria organizará unos servicios médicos mínimos en cada establecimiento penitenciario y, también, instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario; Que la asistencia deberá ser dispensada en caso de necesidad o urgencia en otros centros hospitalarios; Y que la Administración penitenciaria adoptara, así mismo, medidas para que los internos conserven sus derechos a las prestaciones de Seguridad Social que hubiesen adquirido antes de ingresar en prisión".

En consecuencia, "la toma en consideración de estos mandatos permite, a su vez, estas conclusiones: 1) El deber de asistencia sanitaria a los internos que, por ser afiliados a un Régimen de la Seguridad Social, merezcan la condición de usuarios con derecho a la asistencia sanitaria de los Servicios de Salud, podrá ser cumplido por la Administración penitenciaria trasladando a esos internos al correspondiente Servicio de Salud; y así debe ser considerado en aplicación de lo establecido en el apartado dos del artículo 3 de la Ley Orgánica General Penitenciaria . Y esta asistencia sanitaria deberá correr a cargo del Servicio de Salud según lo que se razonó con anterioridad. 2) En lo que hace a la asistencia sanitaria que por parte de la Administración Penitenciaria se reclame en cualquiera de los Centros del Sistema Nacional de Salud (SNS) para internos no afiliados en el sistema de Seguridad Social, dicha Administración Penitenciaria tendrá

la condición de usuario privado indirecto del SNS; y, en consecuencia, el correspondiente Servicio de Salud podrá exigir y facturar el importe de la asistencia dispensada”.

A lo anterior, no obsta “la previsión, contenida en el artículo 207.2 del Reglamento Penitenciario de 1996, sobre la posibilidad de que la Administración Penitenciaria y las Administraciones sanitarias formalicen convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria. La razón de que así deba ser considerado es que este Reglamento no deroga ni modifica el régimen principal que establece la Ley General de Sanidad sobre la distinción que debe hacerse, dentro de asistencia sanitaria prestada en el SNS, entre usuarios con derecho a la asistencia en los Servicios de Salud y pacientes privados; y sobre la posibilidad de facturar a estos últimos el coste de los servicios recibidos, cuyos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. Lo que conlleva a considerar que la posibilidad de que la Administración Penitenciaria reclame del SNS la asistencia sanitaria para internos, bien como usuarios con derecho bien como usuarios privados, deriva de la Ley General de Sanidad sin necesidad del Convenio”⁵.

Finalmente, “a lo que antecede han de sumarse estas otras dos consideraciones: (i) la finalidad principal de esos Convenios es establecer unos criterios de coordinación de las actuaciones que cada una de esas dos Administraciones deberán llevar a cabo cuando hayan de relacionarse en razón de la asistencia sanitaria que el SNS haya de prestar a los internos penitenciarios; y (ii) también ese artículo 207.2 del citado Reglamento parece admitir que la Administración Penitenciaria sólo deberá financiar la asistencia sanitaria que haya sido prestada a internos que merezcan la condición de pacientes privados del SNS porque, en orden a calcular esa financiación, señala literalmente: "se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita".

1.4.- Valoración del conflicto

Como apunta la propia STS 222/2019, "la solución a la controversia no está exenta de cierta complejidad, como lo demuestra el hecho de las distintas posturas adoptadas por nuestros tribunales, seguramente porque ambos criterios cuentan con argumentos perfectamente defendibles". Siendo tal, que en fechas próximas el TS resuelve, en los

⁵ En concreto, y como se refiere a continuación, la DA 6ª de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, prevé la transferencia a los órganos autonómicos de salud, mediante real decreto y en el plazo de los dieciocho meses siguientes a la entrada en vigor de dicha ley, de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, que pasarán a integrarse en aquel Sistema conforme al método de traspasos establecido estatutariamente.

mismos términos, un recurso de casación contra una resolución que sí había dado la razón a la Administración Penitenciaria en sus pretensiones⁶.

Desde nuestro punto de vista y como ya hemos adelantado, la clave del conflicto radica en la utilización, de nuevo⁷, del concepto de relación de sujeción especial para dirimir el cómo y hasta dónde de los derechos de los internos. Si atendemos al art. 25.2 CE, los internos cuentan con los mismos derechos que los ciudadanos libres en tanto esto sea compatible con el cumplimiento de la condena de privación de libertad. Sin embargo, en la interpretación normativa, de forma prácticamente constante, situamos por encima su condición de internos antes que su condición de meros ciudadanos privados de libertad. Ello provoca que, en la resolución de una controversia jurídica sobre la determinación de sus derechos, acudamos primero a la normativa penitenciaria, aunque sea sólo de carácter reglamentario, antes que a la normativa general de carácter legal.

En el caso que se analiza la trayectoria del razonamiento es clara. A pesar de que en esta ocasión, escoger la norma penitenciaria no tiene consecuencias en la garantía del derecho a la asistencia sanitaria, sí supone la asunción de una filosofía de pensamiento que sitúa a los internos como ciudadanos al margen de la mayoría social. El resultado es, desde nuestro punto de vista, una resolución contradictoria con algunos principios básicos en materia de asistencia sanitaria, destacados en la propia sentencia. Así, "el primer incumplimiento es el del mandato contenido en la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que prevé la transferencia a los órganos autonómicos de salud, mediante real decreto y en el plazo de los dieciocho meses siguientes a la entrada en vigor de dicha ley, de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, que pasarán a integrarse en aquel Sistema conforme al método de traspasos establecido estatutariamente"⁸. Y es que, poco sentido tiene que se haya llegado a una solución en que el concepto de relación de sujeción especial justifique la primacía de la normativa penitenciaria. Ello no sólo para establecer un régimen específico dentro de la normativa sobre Seguridad Social, sino incluso para contrariar el propio trasvase de competencias previsto específicamente en la norma clave para resolver el conflicto que se presenta antes el TS.

⁶ STSJ de Andalucía (Sección Tercera), de 5 de octubre, n. 429/2017.

⁷ Sobre la aplicación de la relación de sujeción especial a otros instrumentos jurídico penitenciarios, SOLAR CALVO, P., "Consecuencias penitenciarias de la relación de sujeción especial. Por un necesario cambio de paradigma", *ADPCP*, 2019, Tomo 72, conmemorativo de la LOGP, octubre 2019.

⁸ Recogido en el propio fundamento de derecho tercero de la sentencia, como incumplimiento atribuible a las partes en litigio.

2.- SAN 2136/2022, DE 11 DE MAYO

Pero la cuestión que abordamos no sólo interesa a las diferentes administraciones implicadas. También importa a los profesionales pertenecientes a las mismas pues, indirectamente, afecta a las condiciones de su prestación laboral. Igual que antes, aunque pueda parecer algo prosaico y poco interesante desde el punto de vista de los derechos de los internos, la resolución que pasamos a comentar interesa. Ello en la medida en que trasciende el supuesto que aborda para proponer una solución a la situación competencial actual.

De acuerdo con sus antecedentes de hecho, por escrito de 30 de diciembre de 2019, los recurrentes presentaron ante el Ministerio del Interior dos escritos en los que solicitaron que se: "1. Reconozca la ilegalidad del incumplimiento de la obligación de la Administración General del Estado de integrar los servicios de sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud (...); 2. Declare que se está produciendo una vulneración del derecho a la igualdad y el desarrollo de la carrera (artículos 14 y 23 CE) de los profesionales sanitarios de instituciones penitenciarias y, por lo tanto, se proceda a la equiparación salarial de los profesionales sanitarios con respecto a sus equivalentes en el Sistema Nacional de Salud (...); y 3. Se reconozca el derecho a cobrar la indemnización de los daños y perjuicios causados y justificados, preliminarmente y a expensas de la prueba solicitada, en el cuerpo del presente escrito". En contestación, por resolución de 28 de octubre de 2020, se inadmiten las reclamaciones formuladas en concepto de responsabilidad patrimonial sin entrar a valorar el resto de aspectos planteados en la demanda. Interpuesto recurso, y a pesar de lo restrictivo de la resolución del Ministerio del Interior, la AN aborda todos los planteamientos de los interesados⁹.

⁹ Siguiendo el fundamento jurídico cuarto de la resolución, en contra de la posición del Abogado del Estado, "lo primero que ha de hacerse es rechazarse el planteamiento que se efectúa en la contestación a la demanda, sobre la base de una concepción errónea del "carácter revisor" de este Jurisdicción, puesto que el silencio de la Administración sobre concretas solicitudes formuladas ante ella, pronunciándose solamente sobre una de las pretensiones esgrimidas por los interesados, no impide que en esta vía jurisdiccional se puedan analizar todas y cada una de las contenidas en la demanda, siempre que, como aquí ocurre, hayan sido formuladas previamente (...). Como proclamó el Tribunal Supremo con respecto a la Ley jurisdiccional anterior, pero que sirve para la vigente, pues se limita en este punto a ampliar la actividad sometida al control de esta Jurisdicción, "el carácter revisor de la jurisdicción contencioso-administrativa lo que exige es la existencia de un acto administrativo previo, expreso o presunto, de tal forma que una vez que tal acto se ha producido, cualesquiera que fueren sus pronunciamientos, los jueces tienen vía libre y jurisdicción para juzgar todas las cuestiones planteadas. El contenido del acto objeto de impugnación no puede condicionar el ámbito de la potestad judicial, debiéndose resaltar también, como distancia entre cuestiones nuevas y nuevas alegaciones que sirvan de fundamento a unas mismas pretensiones, que si no se pueden plantear temas nuevos ante la jurisdicción nada impide que puedan aducirse nuevos fundamentos jurídicos en apoyo de las pretensiones que, sin modificarse, han sido reproducidos a la letra tanto en vía administrativa como judicial" (por todas, sentencia de 8 de febrero de 1994)".

En primer lugar, comenzando por el asunto que más nos interesa en cuanto a la atribución de las competencias sanitarias en centros penitenciarios, se recuerda el incumplimiento por la Administración General del Estado de la obligación expresamente establecida por la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ejercitándose al respecto una doble pretensión: declarativa de dicho incumplimiento y de condena al cumplimiento de aquella obligación. Al respecto, dando razón a los denunciadores, pues es evidente el incumplimiento de la citada disposición adicional, la AN aporta sendos matices de interés. Por un lado, la integración ha de realizarse mediante el correspondiente real decreto. De manera que no es la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ni el Ministerio del Interior quien tiene la competencia para realizar la actuación omitida, al corresponder al Consejo de Ministros¹⁰. Por otro lado, “el incumplimiento sería imputable, con mayor o menor intensidad, no sólo al Estado, sino a las comunidades autónomas correspondientes¹¹“. Ello en la medida en que la referida disposición adicional sexta prevé la "integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía", lo que vuelve a impedir imputar el total incumplimiento a la Administración General del Estado. Con lo anterior, destacado el incumplimiento normativo que la STS 222/2019 ya había apuntado, se ofrece la vía adecuada para su corrección.

En cuanto a la denuncia relativa a las diferencias retributivas y de desarrollo de carrera profesional con otro personal sanitario, en concreto, con el de los servicios de salud de las comunidades autónomas y con el del Sistema Nacional de Salud, “la apreciación de su vulneración exige constatar si los actos o resoluciones impugnadas dispensan un trato diferente a situaciones iguales y, en caso de respuesta afirmativa, si la diferencia de trato tiene o no una fundamentación objetiva y razonable”. Para ello, “es indispensable que quien alega la infracción del artículo 14 de la Constitución aporte un término de comparación válido, demostrando así la identidad sustancial de las situaciones jurídicas que han recibido diferente trato, lo que corresponde a quien alega la vulneración. Pues bien, en el supuesto de autos no puede admitirse que constituya un término válido de comparación otro personal de diferentes servicios de salud sometidos a estatutos jurídicos que no se ha acreditado que sean coincidentes¹². Finalmente, en

¹⁰ Ello conforme al art. 24.1.c) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en relación con el Título VI de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

¹¹ En este sentido, SSTS 4544/2017, de 21 de febrero; y 5333/2018, de 16 de diciembre de 2019.

¹² Así, el Tribunal Constitucional ha sostenido que "los diversos Cuerpos y categorías funcionariales al servicio de las Administraciones Públicas son estructuras creadas por el derecho y en cuanto tales, y prescindiendo de sus sustrato sociológico, al ser resultado de la definición que

referencia a la pretensión indemnizatoria de los daños y perjuicios derivada, esencialmente, de la vulneración de los derechos fundamentales anteriores, lo que se ha expuesto hasta ahora conduce a no constatar un título de imputación bastante para generar responsabilidad patrimonial de la Administración Penitenciaria.

A modo de cierre, “pese a constatarse el incumplimiento del mandato del legislador en relación con la transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias y reconocerse por este Tribunal la relevancia de las funciones que desarrolla el personal sanitario de Instituciones Penitenciarias y la específica responsabilidad que asume, así como las carencias que se denuncian, se deduce la desestimación del recurso contencioso-administrativo”. En definitiva, el tribunal constata la no ejecución de una norma por responsabilidad compartida de todos los sujetos afectados por la misma, siendo imposible atribuir consecuencias objetivas de dicho incumplimiento, al menos, en los términos reclamados por los demandantes.

3. ¿DÓNDE QUEDA LA ENFERMEDAD MENTAL EN ESTE CONFLICTO?

Si bien la SAN comentada no establece consecuencias directas del incumplimiento de la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, para el colectivo profesional afectado, sí creemos que la situación de facto actual tiene claras consecuencias para los internos. Lo anterior, como hemos adelantado, no tanto en relación al derecho a la salud, que, aunque mermado por la falta generalizada de médicos en el medio penitenciario, la Administración Penitenciaria trata de garantizar. Más bien, el problema aparece en relación con las personas en las que una situación de salud se relaciona intensamente con la comisión del delito. Esto es, para las personas aquejadas de una enfermedad mental. Un breve repaso por la norma y los escasos medios materiales a disposición de la Administración Penitenciaria nos ayuda a exponer la tesis de este trabajo.

3.1. Breve referencia normativa de los enfermos mentales en prisión

El internamiento de enfermos mentales por comisión de un delito se recoge en el art. 101 CP, dentro del Capítulo II, Título IV del Libro I -De las medidas de seguridad- que aborda la aplicación de las medidas de seguridad y, más en concreto, las medidas de seguridad privativas de libertad. De acuerdo con el mismo: "1. Al sujeto que sea

éste haga de ellas quedan configuradas como estructuras diferenciadas, con características propias, entre las que, en principio, no puede exigirse ex artículo 14 un tratamiento igualitario" (Sentencias 7/1984 y 240/1999).

declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20¹³, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código".

Para conocer la forma de cumplimiento de estas medidas es necesario retroceder en el CP y acudir al Capítulo I del Título IV antes referido, que, bajo el epígrafe de las medidas en seguridad en general, establece los criterios básicos para su cumplimiento¹⁴. De entre los preceptos que contempla los arts. 95, 97, 98¹⁵ son nucleares. De la lectura

¹³ El supuesto del art. 20.1º CP hace justamente referencia a aquellos "que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión", matizando que "el trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión".

¹⁴ Profundiza en esta materia, GARCÍA ARÁN M., *Fundamentos y aplicación de penas y medidas de seguridad en el Código Penal de 1995*. Ed. Aranzadi, 1997.

¹⁵ Comenzando por el art. 95 CP, este determina que "1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias: 1ª Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito. 2ª Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. 2. Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el juez o tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna o algunas de las medidas previstas en el artículo 96.3". Por tanto, como vemos, sólo se puede aplicar una medida de seguridad a un enfermo mental si éste ha cometido un delito y de esa comisión y de sus circunstancias personales puede inferirse peligrosidad futura. Siguiendo con la norma, y en cuanto a la forma concreta de cumplimiento de las medidas de seguridad, el art. 97 CP establece que durante su ejecución "el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones: a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta. b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto. c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida. d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código". Para ello, conforme al art. 98 CP "cuando se trate de una medida de seguridad privativa de libertad o de una medida de libertad vigilada que deba ejecutarse después del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma. Para formular dicha propuesta el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad o por las Administraciones Públicas competentes y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que

de los mismos, se infiere que mientras que la imposición de las medidas de seguridad se basa en un pronóstico de peligrosidad, su mantenimiento sólo se sostiene en tanto dicho pronóstico está vigente. De ahí que la ejecución de las medidas sea un procedimiento vivo, que precisa de seguimiento y valoración cíclica del mantenimiento o no que dieron lugar al inicio de dicha ejecución.

A continuación, en la norma, destaca el caso de art. 99 CP cuando refiere que para "el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3¹⁶". Para comprender la realidad que se aborda es necesario acudir al art. 104.1 CP sobre las eximentes incompletas. En concreto para los enfermos mentales, se trata de aquellos supuestos en que la enfermedad mental no se presenta con la potencia suficiente para convertir al sujeto en inimputable, sino sólo semiimputable¹⁷.

Inmediatamente después, la norma presenta dos criterios generales. El primero, el del art. 100 CP sobre el quebrantamiento de la medida de seguridad. Según el art. 100 CP, "1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar a que el juez o tribunal ordene el reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese

a este fin ordene. 2. Cuando se trate de cualquier otra medida no privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador recabará directamente de las Administraciones, facultativos y profesionales a que se refiere el apartado anterior, los oportunos informes acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva. 3. En todo caso, el Juez o Tribunal sentenciador resolverá motivadamente a la vista de la propuesta o los informes a los que respectivamente se refieren los dos apartados anteriores, oída la propia persona sometida a la medida, así como el Ministerio Fiscal y las demás partes. Se oirá asimismo a las víctimas del delito que no estuvieren personadas cuando así lo hubieran solicitado al inicio o en cualquier momento de la ejecución de la sentencia y permanezcan localizables a tal efecto".

¹⁶ El art. 96.3 CP contempla los diferentes tipos de medidas de seguridad. De acuerdo con el mismo: "1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad. 2. Son medidas privativas de libertad: 1ª El internamiento en centro psiquiátrico. 2ª El internamiento en centro de deshabitación. 3ª El internamiento en centro educativo especial. 3. Son medidas no privativas de libertad: 1ª) La inhabilitación profesional. 2ª) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España. 3ª) La libertad vigilada 4ª) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado. 5ª) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores. 6ª) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas". La referencia normativa del art. 99 CP se circunscribe por tanto a las medidas de seguridad no privativas de libertad.

¹⁷ De acuerdo con el art. 104.1 CP, "en los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99".

evadido o en otro que corresponda a su estado. 2. Si se tratare de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrase su necesidad. 3. En ambos casos el Juez o Tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento. A estos efectos, no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate". De nuevo, se manifiesta el carácter vivo del cumplimiento de las medidas de seguridad al que antes hacíamos referencia, que obliga a que incluso en casos de quebrantamiento la respuesta penal no sea automática y su concreción dependa de la peligrosidad que el sujeto presente en ese momento.

Por su parte, el segundo criterio general que el CP establece acerca de las medidas de seguridad, nos obliga a acudir de nuevo al art. 104, esta vez a su apartado 2. Para los casos en que "se aplique una medida de internamiento de las previstas en el apartado anterior o en los artículos 101, 102 y 103, el juez o tribunal sentenciador comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código". En concreto, se trata de la posibilidad de proceder a la declaración de incapacitación civil de aquellos que hubieran sido declarados inimputables conforme al art. 20 CP¹⁸.

Finalmente, es necesario dar un nuevo salto al Capítulo II del Título IV que venimos comentando, para cerrar esta visión normativa general con la referencia del art. 105 sobre las medidas de seguridad no privativas de libertad. De acuerdo con el mismo, además de las medidas privativas de libertad, para el caso de los enfermos mentales tanto imputables como semiimputables, dichas medidas podrán o deberán, según los casos, ir acompañadas de estas otras que el art. 105 CP señala¹⁹.

¹⁸ En concreto: "Cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad criminal por concurrir alguna de las causas previstas en los números 1º y 3º del artículo 20 de este Código, el Ministerio Fiscal instará, si fuera procedente, la declaración de incapacidad ante la Jurisdicción Civil, salvo que la misma hubiera sido ya anteriormente acordada y, en su caso, el internamiento conforme a las normas de la legislación civil".

¹⁹ Siguiendo el literal del precepto, tanto para los casos de internamiento por eximente completa como incompleta "cuando imponga la medida privativa de libertad o durante la ejecución de la misma, el Juez o Tribunal podrá imponer razonadamente una o varias medidas que se enumeran a continuación. Deberá asimismo imponer alguna o algunas de dichas medidas en los demás casos expresamente previstos en este Código. 1. Por un tiempo no superior a cinco años: a) Libertad vigilada. b) Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado. 2. Por un tiempo de hasta diez años: a) Libertad vigilada, cuando expresamente lo disponga este Código. b) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas. c) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores. Para decretar la obligación de observar alguna o algunas de las

3.2. Tipos de establecimiento penitenciarios

Además de lo anterior, conocer la realidad práctica de los enfermos mentales a los que se aplican medidas de seguridad, requiere de una pequeña explicación sobre los diferentes tipos de establecimientos penitenciarios. Para ello es necesario acudir al Título I de la LOGP sobre los establecimientos y medios materiales, que establece cuáles son los diferentes tipos de establecimientos penitenciarios que existen y los principios básicos conforme a los que se organizan.

En primer lugar, de acuerdo con el art. 7 LOGP, "los establecimientos penitenciarios comprenderán: a) Establecimientos de preventivos. b) Establecimientos de cumplimiento de penas. c) Establecimientos especiales". Después de dedicar los siguientes preceptos a definir los establecimientos de preventivos (art. 8 LOGP); los de cumplimiento, incluyendo los destinados a jóvenes (art. 9 LOGP); y los establecimientos o departamentos de régimen cerrado (art. 10 LOGP); el art. 11 LOGP cataloga como establecimientos especiales "aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) Centros hospitalarios. b) Centros psiquiátricos. c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia".

A continuación la norma recoge lo que se conocen como los principios básicos de la organización penitenciaria en su vertiente más material. En concreto, el principio celular del art. 12 LOGP²⁰; el principio de dotación de medios y espacios adecuados del art. 13 LOGP²¹; y el principio de dotación material y personal del art. 14 LOGP²².

medidas previstas en este artículo, así como para concretar dicha obligación cuando por ley viene obligado a imponerlas, el Juez o Tribunal sentenciador deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales encargados de asistir al sometido a la medida de seguridad. El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios de la Administración correspondiente informarán al Juez o Tribunal sentenciador. En los casos previstos en este artículo, el Juez o Tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad".

²⁰ "1. La ubicación de los establecimientos será fijada por la Administración penitenciaria dentro de las áreas territoriales que se designen. En todo caso, se procurará que cada una cuente con el número suficiente de aquéllos para satisfacer las necesidades penitenciarias y evitar el desarraigo social de los penados. 2. Los establecimientos penitenciarios no deberán acoger más de 350 internos por unidad".

²¹ "Los establecimientos penitenciarios deberán contar en el conjunto de sus dependencias con servicios idóneos de dormitorios individuales, enfermerías, escuelas, biblioteca, instalaciones deportivas y recreativas, talleres, patios, peluquería, cocina, comedor, locutorios individualizados, departamento de información al exterior, salas anejas de relaciones familiares y, en general, todos aquellos que permitan desarrollar en ellos una vida de colectividad organizada y una adecuada clasificación de los internos, en relación con los fines que en cada caso les están atribuidos".

²² "La Administración penitenciaria velará para que los establecimientos sean dotados de los medios materiales y personales necesarios que aseguren el mantenimiento, desarrollo y cumplimiento de sus fines".

Al respecto, y a pesar de que los principios de organización que se extraen de la LOGP se mantienen, lo cierto es que la organización en sí de los establecimientos penitenciarios, la forma concreta que los mismos han ido adoptando, ha superado la clasificación que la LOGP estableció en 1979. En este sentido, la clasificación que establece el art. 7 LOGP no es una clasificación exhaustiva, ni mucho menos actualizada. Lo primero, al no incluir lugares de cumplimiento que se concretan a lo largo de la propia LOGP o se han ido añadiendo en vía reglamentaria²³. Lo segundo, en dos sentidos. De un lado, la LOGP hace referencia a centros que ya no existen, como los centros hospitalarios, o que nunca han sido desarrollados, como el caso de centros especiales para el cumplimiento de medidas de seguridad, al margen de los centros psiquiátricos. De otro, la diferenciación que establece entre centros de cumplimiento y centros de preventivos ha sido superada por la aparición de los *centros tipo*²⁴.

En este contexto evolutivo se encuadra la ubicación arquitectónica actual que se da a los enfermos mentales. Lo que el art. 11 LOGP llama centros psiquiátricos y el RP denomina unidades psiquiátricas ha de someterse a los criterios más tratamentales que asegurativos que determinan los arts. 183 y ss. RP. De acuerdo con el art. 183 RP: "los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes". El art. 184 RP concreta esta previsión al determinar que "el ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos: a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe. Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda. b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una

²³ En cuanto a los tipos de centros que faltan, la ausencia de la mayor parte de ellos se justifica en que no existían en el momento de promulgación de la LOGP, habiendo sido añadidos a nuestro sistema penitenciario en los años transcurridos hasta la elaboración del RP. Su Título VII, sobre Formas especiales de ejecución, recoge dichas novedades a la vez que recopila otras formas de cumplimiento dispersas a lo largo de la normativa penitenciaria. Así, vinculados al tercer grado, se regula el funcionamiento de los Centros de Inserción Social o CIS (art.163 RP), las Unidades Dependientes (art.165 RP), las Unidades de Madres (art.178 RP) como forma específica de las anteriores y las Unidades Extrapenitenciarias (art.182 RP). Al margen de las anteriores, se regulan igualmente los Centros o Departamentos Mixtos (art.168 RP), los Departamentos para Jóvenes (art.173 RP), y las Unidades Psiquiátricas (art.183 RP), éstas sí más cercanas a los centros psiquiátricos a los que el art. 7 LOGP hace referencia.

²⁴ Según el art.12 RP, se trata de "aquel que cumple los diversos fines previstos en los artículos 7 a 11 de la Ley Orgánica General Penitenciaria". Es decir, los *centros polivalentes o centros tipo* son espacios preparados para albergar en un mismo centro, aún en departamentos separados, lo que la LOGP parecía contemplar como establecimientos independientes.

medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario. c) Penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica penitenciaria"²⁵.

El carácter eminentemente terapéutico de estos centros queda patente en la regulación de los profesionales encargados de la atención de los internos y la programación de actividades²⁶. A su vez, de acuerdo con el art. 189 RP, sobre las actividades rehabilitadoras "con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social, sino abarcando también a aquellos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y la integración social". En consonancia con lo anterior, la aplicación del régimen en tanto medidas asegurativas de contención, aparece especialmente limitado en el art. 188 RP²⁷. Esto último tal y como lo recoge el art. 231.2 RP²⁸ y en la línea del

²⁵ Este precepto se remite al art. 60 CP que determina que: "1º. Cuando después de pronunciada una sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le haya impuesto garantizando el Juez o Tribunal que aquél reciba la asistencia médica precisa. 2º Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente". Ejemplos de esta aplicación en AJVP de Bilbao de 26.01.10, AJVP de Santander de 26.02.10. Jurisprudencia recogida en GONZÁLEZ VINUESA, F., *Legislación Penitenciaria Básica: comentarios y referencias prácticas*, Versión 14-E, actualizada a 07.08.17, p. 293-294.

²⁶ Conforme al art. 185 RP: "1. Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación. 2. La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental".

²⁷ Según el mismo, "la separación en los distintos departamentos de que consten los Establecimientos o Unidades se hará en atención a las necesidades asistenciales de cada

art. 265.4 RP que elimina la posibilidad de que en los centros psiquiátricos existan comisiones disciplinarias²⁹. Por último, la emisión de los informes necesarios para el seguimiento judicial del cumplimiento de la medida de seguridad y la adecuación de su aplicación a la peligrosidad actual que el interno manifiesta en cada momento, tal y como antes adelantamos, se regula en los art. 186 y 187 RP³⁰.

3.3. La realidad

Como acabamos de exponer, existe un prolijo desarrollo normativo sobre los centros o unidades psiquiátricas, según tomemos la denominación de la LOGP o el RP. Ello tanto por las dotaciones de personal y material con las que han de contar, como en cuanto a los principios a los que su funcionamiento se ha de someter. A su vez, de acuerdo con el art. 191 RP sobre la localización y diseño de las unidades psiquiátricas, la

paciente. 2. Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento. 3. El empleo de medios coercitivos es una medida excepcional, que sólo podrá ser admitida por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible previo al efecto del tratamiento farmacológico que esté indicado, debiéndose respetar, en todo momento, la dignidad de la persona. Incluso en los supuestos de que médicamente se considere que no hay alternativa alguna a la aplicación de los medios expresados, la medida debe ser puntualmente puesta en conocimiento de la Autoridad judicial de la que dependa el paciente, dándose traslado documental de su prescripción médica. 4. Las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones".

²⁸ Tal y como establece: "El régimen disciplinario se aplicará a todos los internos, con la excepción establecida en el artículo 188.4 de este Reglamento, con independencia de su situación procesal y penitenciaria, tanto dentro de los Centros penitenciarios como durante los traslados, conducciones o salidas autorizadas que se realicen".

²⁹ En concreto: "En los Hospitales psiquiátricos penitenciarios sólo existirán el Consejo de Dirección, cuya composición se determinará por las normas de desarrollo de este Reglamento, la Junta Económico-Administrativa y los Equipos multidisciplinares necesarios".

³⁰ De acuerdo con el art. 186 RP: "1. En el momento de ingresar, el paciente será atendido por el facultativo de guardia, quien, a la vista de los informes del Centro de procedencia y del resultado de su reconocimiento, dispondrá lo conveniente respecto al destino de aquél a la dependencia más adecuada y al tratamiento a seguir hasta que sea reconocido por el psiquiatra. 2. El equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro". Por su parte, el art. 187 RP determina que "1. La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución. 2. El informe a que se hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el artículo 186 serán remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes".

norma se encarga de recordar la importancia de lograr una equilibrada distribución geográfica de los psiquiátricos penitenciarios que se construyan³¹.

Sin embargo, la realidad práctica es otra bien distinta a la que la norma dibuja. El desarrollo normativo descrito no se ha visto acompañado de la construcción paralela de nuevos establecimientos acordes con las anteriores previsiones. Como tal, sólo existen dos psiquiátricos, los de Sevilla y Alicante. Resultado de lo cual, los enfermos mentales se distribuyen necesariamente en centros de cumplimiento ordinario. A su vez, el cambio de nomenclatura de centro a unidad psiquiátrica que antes hemos detallado no ha supuesto tampoco la creación de unidades psiquiátricas específicas en los *centros tipo*. De manera que los enfermos mentales están, como mucho, ubicados en departamentos de enfermería al uso.

Los problemas que esta situación provoca son múltiples y de enfoque variado. En primer lugar, para la gran mayoría de los enfermos mentales la Administración Penitenciaria no cumple con los principios antes descritos que priman el carácter asistencial sobre el regimental³². Por poner un ejemplo, es posible que internos con patología psiquiátrica detectada se vean inmersos en procesos disciplinarios, a pesar de que finalmente no cumplan la sanción impuesta por razones médicas. Esto último especialmente si se trata de sanciones de aislamiento³³.

Por otro lado, la Instrucción 19/2011 sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad dependientes de la Administración Penitenciaria, determina la necesaria primacía de los criterios tratamentales en caso de enfermos psiquiátricos y la necesidad de solicitar traslado al centro psiquiátrico correspondiente en los supuestos de cumplimiento de una medida³⁴. Sin embargo, lo cierto es que los psiquiátricos antes mencionados tienen la capacidad limitada. A la vez que, de producirse efectivamente el traslado del interno a dicho centro de Sevilla o Alicante, en muchos casos se dificulta

³¹ En concreto: "1. Para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, deberán tenerse en cuenta como elementos determinantes, factores tales como los criterios terapéuticos, la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio por parte de los pacientes internados, así como la disposición de espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras. 2. La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes".

³² Sobre éste y los problemas que luego se señalan, SOLAR CALVO, P., "Enfermedad mental y delito: la punta del iceberg", *Legal Today*, 25.11.14.

³³ Tal y como prevé el art. 254.1 RP: "Las sanciones de aislamiento se cumplirán con informe previo y reconocimiento del Médico del Establecimiento, quien vigilará diariamente al interno mientras permanezca en esa situación, informando al Director sobre su estado de salud física y mental y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta".

³⁴ Instrucción 19/2011 sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad dependientes de la Administración Penitenciaria, SG.II.PP., pp. 3 y ss.

enormemente las relaciones del mismo con su entorno en el exterior, en claro incumplimiento del art. 190 RP que prevé dichos contactos como parte fundamental de su tratamiento³⁵.

Siendo esta la situación y tal y como recoge GONZÁLEZ VINUESA, los JJVP acordaron por unanimidad instar "a las Administraciones penitenciarias a que procedan a la creación de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios que se reputen necesarios para atender la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del imperativo de velar por la salud de los internos, previsto en el artículo 3.4 de la LOGP, y en aplicación del criterio legal de separación previsto en el artículo 16,d) de la misma LOGP"³⁶. Demanda sobre creación de centros especializados a la que ha de unirse la lógica de contar con medios de atención y personal con formación adecuada.

No obstante, esta insuficiente dotación de plazas psiquiátricas en el medio penitenciario provoca que, más allá de su crítica, caigamos también en las contradicciones de un sistema que parte de que las prisiones, del tipo que sean y, aun contando con psiquiátricos especializados, son adecuadas para el tratamiento de los enfermos mentales. Esto es, la unión de Administración Penitenciaria y enfermo mental, por sí misma, provoca determinadas paradojas que no han sido suficientemente abordadas.

Como ejemplo de ello, se da por bueno que existan casos de internos sometidos a medida de seguridad por enfermedad mental grave impuesta en un juzgado y a la vez cumpliendo pena privativa de libertad dependiente de otro juzgado diferente al primero. Desde nuestro punto de vista, he aquí donde falla el enfoque del abordaje de la enfermedad mental. Al margen de que pueda haber un mal diagnóstico de la enfermedad mental o una mala apreciación de la gravedad de la misma, un enfermo mental grave por definición es crónico y si no es responsable, y por lo tanto inimputable en un momento, tampoco lo podrá ser un momento anterior o posterior. Ciertamente es que un enfermo mental puede ser que en un determinado momento se encuentre estable, medicado y controlado, pero por definición, si esto ocurre no representa peligro social, únicamente si no lo está presentará peligrosidad, pero igualmente, por definición, en ese momento es inimputable. Es por ello que la casuística generada por estas personas debería ser tratada en todo caso desde el punto de vista médico con internamiento en centro

³⁵ De acuerdo con el mismo. las "comunicaciones con el exterior de los pacientes fijarán en el marco del programa individual de rehabilitación de cada uno de aquéllos, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes puedan comunicar y las condiciones en que se celebren las mencionadas comunicaciones".

³⁶ GONZÁLEZ VINUESA, F., *Legislación Penitenciaria Básica: comentarios y referencias prácticas*, ob. cit., p. 292.

apropiado. La asunción por parte de la Administración Penitenciaria del tratamiento de determinados enfermos mentales provoca que estas contradicciones, estos cambios de estatus en cuanto al enfermo mental que nada tiene que ver con una perspectiva asistencial³⁷.

Otro punto de importante fricción lo constituye la voluntariedad del tratamiento³⁸. De nuevo, se aplican parámetros penitenciarios a supuestos que casan mal con los mismos. Desde un punto de vista psicológico y médico, cuando un enfermo mental comete un delito se encuentra descompensado por episodio psicótico o por la no toma de medicación prescrita. Es en estos casos cuando deviene obligatorio el tratamiento farmacológico autorizado por el juez. Fundamental y prioritario. Las terapias psicológicas que se puedan llevar a cabo con el enfermo son complementarias y secundarias, ahí sí puede existir voluntariedad³⁹, pero no en el tratamiento médico cuando se estima que el delito ha sido cometido por enfermedad mental descompensada en ese momento.

En definitiva, el tratamiento de un inimputable enfermo mental ha de ser primordialmente médico y asistencial. El problema es que el número de centros especializados y su distribución territorial es mínimo. La comunidad no dispone de medios de internamiento y custodia aparentes para este tipo de enfermos, y cuando corresponde a la Administración Penitenciaria hacerse cargo del tratamiento médico y asistencial de estos enfermos, tampoco se cuenta con los medios que deberían ser

³⁷ La STC 84/2018, de 16 de julio en que un interno inimputable recurre la condena inicialmente impuesta es claro ejemplo de la escasez jurídica y material que envuelve la realidad de los enfermos mentales en prisión. Se comenta en LACAL CUENCA, P., PEÑARANDA DEL RÍO, J., SOLAR CALVO, P., ¿Debe un enfermo mental estar en prisión? Situación actual y cuestiones que plantea la STC 84/2018, de 16 de julio, *Revistas@iustel.com*, *Revista General de Derecho Penal* 30 (2018).

³⁸ A pesar de la confusión a la que inducen algunos preceptos penitenciarios, en especial, el art. 5.2 g) RP, la doctrina mayoritaria es claramente tendente a exigir la voluntariedad de los internos, no sólo por respeto a la dignidad de los mismos, sino por el propio éxito del tratamiento. Entre otros, FERNÁNDEZ ARÉVALO, L., NISTAL BURÓN, J., *Derecho Penitenciario*, 3ª ed., Aranzadi-Thomson Reuters, Navarra, 2016, p. 501. De la misma opinión, MUÑOZ CONDE, F., "La resocialización del delincuente: análisis y crítica de un mito", *CPC*, n. 7, 1979, p. 102, para quien el deber de someterse a tratamiento implicaría "una especie de manipulación de las personas, tanto más cuanto ese tratamiento afecte a su conciencia y a su escala de valores". Igualmente, GALLEGO DÍAZ, M., "Tratamiento penitenciario y voluntariedad", *REP*, n. extra, *in memoriam* Profesor Francisco Bueno Arús, *REP*, 2013, pp. 105; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A., "La supuesta función resocializadora del Derecho penal: utopía, mito y eufemismo", *ADPCP*, t. 32, n. 3, 1979, p. 683; RODRÍGUEZ ALONSO, A., RODRÍGUEZ AVILÉS, J. A., *Lecciones de Derecho penitenciario*, 4ª ed., Comares, Granada, 2011, pp. 255-256; y TAMARIT SUMALLA, J. M., GARCÍA ALBERO, 2005, p. 260, para quienes "basta con acudir a la naturaleza de derecho que tiene el principio de resocialización reconocido en el art. 25.2 CE, entendido como emanación del principio de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10.11 CE), que convierte en inconstitucional la posibilidad de un tratamiento coactivo".

³⁹ Al respecto, extendiendo la voluntariedad del tratamiento al tratamiento penitenciario en el sentido que a continuación defendemos, resulta muy interesante el análisis que realiza FANECA, M., "Jurisprudencia del TEDH: ¿Derecho a tratamiento penitenciario?", *RDPP*, n. 50, abril-junio 2018, acerca de la STED de 2016 en el Asunto Gran Sala *Murray contra Holanda*.

adecuados. El internamiento de un sometido a una medida de seguridad en un centro penitenciario tipo no aporta nada, nada bueno, al tratamiento del interno.

Sin embargo, como venimos diciendo, tratemos de ir un poco más allá con un argumento más radical. Decimos que con un enfermo mental no entra en juego el tratamiento penitenciario sino médico y asistencial, y que justamente de esos medios no se dispone en la Administración Penitenciaria. No obstante, de concurrir los mismos, ¿Es la Administración Penitenciaria la que ha de asumir este tratamiento? ¿No se contribuye con ello a que las paradojas antes expuestas sigan existiendo? ¿A que los enfermos mentales sean más delincuentes que enfermos y a que en determinadas situaciones siga primando la perspectiva penitenciaria sobre la terapéutica y asistencial?⁴⁰

4. CONCLUSIONES ¿INFLUYE LA ESTRUCTURA EN LA SITUACIÓN DE FONDO?

Desde la desaparición de los psiquiátricos civiles, la intervención pública sobre estos enfermos se inicia tristemente una vez han cometido un delito e ingresan en el circuito penitenciario. La atención de su problemática en el medio penitenciario, a pesar de que se contempla, se intenta y constituye una de las principales metas de los servicios sanitarios propios o vinculados al medio, no puede menos que calificarse de insuficiente en términos globales. Los enfermos mentales no son algo que haya que esconder y distribuir en las prisiones. Más bien a la contra, suponen un problema social, cada vez más presente por el uso de las drogas y estilos de vida muy en boga, que como tal debiera salir a la luz y abordarse antes de que su ingreso en prisión sea inevitable⁴¹.

Sea como sea y tras la exposición realizada, se alcanzan las siguientes conclusiones.

1. La STS 222/2019 reconoce el incumplimiento de la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que prevé la transferencia a los órganos autonómicos de salud, mediante real decreto y en el plazo de los dieciocho meses siguientes a la entrada en vigor de dicha ley, de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, que pasarán a integrarse en aquel Sistema conforme al método de traspasos establecido estatutariamente.

⁴⁰ Desde el punto de vista dogmático, sobre la no pertenencia de las medidas de seguridad al derecho penal, resulta muy interesante el trabajo de LASCURÁIN SÁNCHEZ, J.A., "Por un derecho penal sólo penal: derecho penal, derecho de medidas de seguridad y derecho administrativo sancionador", *Homenaje al Profesor Rodríguez Mourullo*, 2005, Civitas, pp. 587 y ss.

⁴¹ Profundiza CIERCO SEIRA, C., "Ciudadanos y Prestaciones Sociales Residenciales", *Iustel*, Portal Derecho, 2011.

2. LA SAN 2136/2022 recuerda el incumplimiento anterior y recoge la vía para la solución de la actual situación competencial. Esto es, el desarrollo de un real decreto por parte del Consejo de Ministros en cumplimiento de la disposición adicional antes referida.

3. A pesar de que la situación descrita no influye en que el derecho a la salud de las personas privadas de libertad se vea efectivamente satisfecho, lo cierto es que la estructura competencial acaba influyendo en el fondo de la atención. Esto especialmente en relación a los enfermos mentales que se encuentran en prisión.

4. En este sentido, tanto la LOGP como el RP contemplan un importante desarrollo normativo de la enfermedad mental en prisión con la regulación de los establecimientos psiquiátricos o las unidades psiquiátricas en los centros polivalentes.

5. Sin embargo, la realidad práctica es que sólo existen dos psiquiátricos, el de Sevilla y el de Alicante, sin que el resto de centros penitenciarios tengan dotación material o de personal especializado con el que atender a estos internos.

6. Tratando de ir más allá de la norma, conviene preguntarse si el abordaje penitenciario de la enfermedad mental, aún con medios y personal especializado, es el más adecuado. Sinceramente consideramos, que en este contexto, el enfermo mental es más interno y menos paciente, produciéndose las antinomias normativas y las paradojas prácticas que antes destacamos.

7. Creemos sinceramente que una asunción competencial adecuada y conforme a la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ayudaría a un encaje más asistencial que penitenciario de la enfermedad mental. Lo anterior al modo del derecho a la educación de las personas privadas de libertad que ha sido asumida por los servicios educativos específicamente competentes en la materia.

8. Quizá de este modo sería más sencillo promover la aplicación de medidas comunitarias y de control asistencial, más que las habituales medidas de internamiento o privativas de libertad propias del ámbito penitenciario.

5. BIBLIOGRAFÍA

CIERCO SEIRA, C., *“Ciudadanos y Prestaciones Sociales Residenciales”*, Iustel, Portal Derecho, 2011.

FANEGA, M., "Jurisprudencia del TEDH: ¿Derecho a tratamiento penitenciario?", RDPP, n. 50, abril-junio 2018, acerca de la STED de 2016 en el Asunto *Gran Sala Murray contra Holanda*.

FERNÁNDEZ ARÉVALO, L., NISTAL BURÓN, J., *Derecho Penitenciario*, 3ª ed., Aranzadi-Thomson Reuters, Navarra, 2016.

GALLEGO DÍAZ, M., "Tratamiento penitenciario y voluntariedad", *REP*, n. extra, *in memoriam* Profesor Francisco Bueno Arús, *REP*, 2013.

GARCÍA ARÁN M., *Fundamentos y aplicación de penas y medidas de seguridad en el Código Penal de 1995*. Ed. Aranzadi, 1997.

GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A., "La supuesta función resocializadora del Derecho penal: utopía, mito y eufemismo", *ADPCP*, t. 32, n. 3, 1979.

GONZÁLEZ VINUESA, F., *Legislación Penitenciaria Básica: comentarios y referencias prácticas*, 2022, disponible en la web.

LACAL CUENCA, P., SOLAR CALVO, P., "El enfermo mental y prisión ¿Interno o paciente?", en MATA Y MARTÍN, R. (Dir.), MONTERO HERNANZ, T. (Coord.), *Salud mental y privación de libertad. Aspectos jurídicos y de intervención*, Ed. Bosch, 2021.

LACAL CUENCA, P., PEÑARANDA DEL RÍO, J., SOLAR CALVO, P., ¿Debe un enfermo mental estar en prisión? Situación actual y cuestiones que plantea la STC 84/2018, de 16 de julio, Revistas@iustel.com, *Revista General de Derecho Penal* 30 (2018).

LASCURÁIN SÁNCHEZ, J.A., "Por un derecho penal sólo penal: derecho penal, derecho de medidas de seguridad y derecho administrativo sancionador", *Homenaje al Profesor Rodríguez Mourullo*, 2005, Civitas.

LÓPEZ BENÍTEZ, M., *Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones de sujeción especial*, Civitas, Madrid, 1994, con referencias a LABAND, P., *Das Staatsrecht des Deutschen Reiches*, vol. I, Laupp, Tübingen, 1876; JELLINEK, G., *Gesetz und Verordnung. Staatsrechtliche Untersuchungen auf rechtsgeschichtlicher Grundlage*, Freiburg/ Br., 1887, quienes introducen la expresión alemana de *besonderes Gewaltverhältnis*.

MUÑOZ CONDE, F., "La resocialización del delincuente: análisis y crítica de un mito", *CPC*, n. 7, 1979.

RÍOS MARTÍN, J. C., ETXEBARRÍA ZARRABEITIA, X., PASCUAL RODRÍGUEZ, E., *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse en la cárcel*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2016.

RODRÍGUEZ ALONSO, A., RODRÍGUEZ AVILÉS, J. A., *Lecciones de Derecho penitenciario*, 4ª ed., Comares, Granada, 2011.

SOLAR CALVO, P., "Enfermedad mental y delito: la punta del iceberg", *Legal Today*, 25.11.14.

SOLAR CALVO, P., "Consecuencias penitenciarias de la relación de sujeción especial. Por un necesario cambio de paradigma", *ADPCP*, 2019, Tomo 72, conmemorativo de la LOGP, octubre 2019.

TAMARIT SUMALLA, J. M., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, M., J., SAPENA GRAU, F. (Coords.), *Curso de Derecho penitenciario*, 2ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2005.