

Salud mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post covid19.

Mental health in the pre-post covid-19 penal-penitentiary route.

Mariano Hernández Monsalve.

Psiquiatra. Madrid.

Resumen: En este texto se presenta una revisión sintética de las circunstancias que configuran el contexto en que tiene lugar la atención a los problemas de salud mental en las cárceles españolas, además del impacto producido en la población penitenciaria por la Covid 19, y reflexiones en torno a algunos aprendizajes realizados durante este periodo, especialmente derivados de las excarcelaciones y progresiones de grado hacia la libertad que se han producido en este periodo.

Palabras clave: salud mental, procesos penal-penitenciarios, derechos.

Abstract: This text presents a synthetic review of the circumstances that configure the context in which attention to mental health problems takes place in Spanish prisons, in addition to the impact produced in the prison population by Covid 19, and reflections on around some learning carried out during this period, especially derived from the releases and progressions of degree towards freedom that have occurred in this period.

Key words: mental health, penal-penitentiary processes, rights.

Suele decirse que nadie conoce realmente cómo es una nación hasta haber estado en una de sus cárceles. Una nación no debe juzgarse por cómo trata a sus ciudadanos con mejor posición, sino por cómo trata a los que tienen poco o nada”.

Nelson Rolihlahla Mandela.

1. Introducción. La salud mental la cuestión penal-penitenciaria

Importa recordar que junto a la pretensión de escarmiento y disuasión del delito mediante el castigo, la misión constitucionalmente encomendada a la prisión es la reinserción del condenado; y que además, se encuentra con otras funciones inicialmente no previstas, entre las que me interesa destacar que la prisión es de hecho el gran hospital de pobres y marginados, que ejerce la

función vicariante del SNS convencional en la medida en que este está afectado por la llamada “ley de cuidados inversos” (1) que dedica sus esfuerzos al cuidado de la población más sana, dejando en la cuneta a los más necesitados, pero que no lo reclaman, quedando así la salud de población pobre adscrita a los sociales y familiares más desestructurados, fuera de los circuitos de atención.



Así sabemos que el 4,5% de la población penitenciaria en España tiene VIH frente al 1,5-3% de la población general, y alrededor del 10,5% de las personas presas tiene el virus de la Hepatitis C. (2); y una desproporción aún mayor en lo referente a tuberculosis. A su vez, entre el 4 y el 6% padece un proceso mental grave y entre el 30 y el 50% un trastorno relacionado con el consumo de drogas» (3).

Uno de los aspectos más llamativos es el número de personas presas con **discapacidad psíquica**: 1.661, 1.536 hombres y 125 mujeres. La población que cumple medidas de seguridad en los hospitales psiquiátricos penitenciarios (4) y, muy especialmente, quienes cumplen medidas de seguridad (que por definición no son penas de prisión) en las enfermerías o en los módulos ordinarios iiiiya que son rechazados como pacientes en la red general de salud mental !!, y esto a pesar de los sucesivos informes en contra del CPT (5) e incluso contando con una sentencia del Tribunal Supremo apoyando a CPT (6). Desde luego la relación entre la salud mental y el circuito penal penitenciario es una realidad manifiestamente mejorable, como bien escribió en su momento el actual Secretario General de IIPP (7)... y queda mucho, mucho por hacer!

En el aspecto organizativo, recordemos que toda la responsabilidad de IIPP esta transferida en Cataluña, donde depende de la Consejería de Justicia; y el País Vasco tiene transferida la responsabilidad de la Sanidad penitenciaria.

2. Rasgos más relevantes del contexto sociocultural e institucional, nacional e internacional. Y la dimensión del problema en España

2.1. La sociedad española parece estar seriamente afectada por la corriente llamada *punitivismo*, o populismo punitivo, que cofia en la cárcel como pena emblemática frente a los delitos, estando devaluadas otras penas alternativas, y sin que la perspectiva rehabilitadora que proclama nuestra constitución inspire demasiada confianza. Los legisladores y los administradores de las instituciones penal penitenciarias y sociosanitarias se ven también afectados por esta corriente, lo que explica que España sea junto con Reino Unido el país europeo con más población en cárceles (hasta 157 por cada 100.000 habitantes; actualmente

ha disminuido hasta 120 aproximadamente), aunque aún muy alejada de la población carcelaria en USA, que sigue siendo el adalid de este populismo punitivo antes señalado. Durante finales de siglo XX y comienzos del XXI, la población penitenciaria fue aumentando exponencialmente sin responder a un incremento de los delitos, si bien en los últimos años asistimos a un leve descenso. También la duración de las penas, y la estancia media de cada preso, es mayor que el promedio de la UE (una media de 22,2 meses en España. vs 8,9 meses de media europea) (8); y esto a pesar de la menor tasa delictiva que se da en España respecto otros países europeos.

2.2. Aspectos legislativos

- La LOGP fue una de las primeras leyes orgánicas de la democracia, aprobada con amplísima mayoría en el Parlamento en 1979. De reconocido contenido progresista en su momento, está necesitada de amplia revisión, especialmente por lo que atañe a dos cuestiones: la Sanidad Penitenciaria (pendiente de transferencia a las CCAA), y la adecuación de tantas otras cuestiones que se derivan de la Convención de ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, de lo que luego diré algo más concreto.
- En lo que respecta al Código Penal, en los últimos años, se introdujeron cambios relevantes: a) mediante las modificaciones introducidas en 1995 se eliminó la redención de penas, con lo que se ampliaba la condena efectiva a cumplir; b) en 2003 se produjo la tipificación de más delitos y se dificultó el acceso al tercer grado; c) después llegó el endurecimiento de las penas por maltrato y por delitos al volante; d) y en 2015, nueva vuelta de tuerca con la “prisión permanente revisable”.
- Otra medida procesal que ha venido a complicar las cosas para personas con problemas e salud mental ha sido la celebración de juicios rápidos, en los que no hay ocasión de apreciar aquella circunstancia ni de tenerlo en cuenta en la sentencia.

2.3. Entre las iniciativas de IIPP

- La iniciativa que ha concitado mayores expectativas ha sido el “Programa de atención al interno

con enfermedad mental (PAIEM) (9) : diseñado para proporcionar a los presos que padecen “trastorno mental grave y crónico” (en su mayor parte pacientes psicóticos), su inclusión en programas de atención y actividades que tienen cierto paralelismo con los programas de rehabilitación psicosocial que se proporcionan en la red de salud mental comunitaria, aprovechando al máximo los recursos (de personal y material) existentes, propiciando la colaboración entre los médicos y personal sanitario junto a funcionarios adscritos a tratamiento penitenciario y a ONGs que intervienen en contexto penitenciario. Su estructura y funcionamiento se actualizó en una segunda versión, el PAIEM renovado en 2013. Como forma de dar continuidad al PAIEM se estableció el Programa Puente (11), para apoyar la salida y la (re) inserción del sujeto.

- En otro orden de temas, las Comisiones de análisis de casos, con participación de jueces, profesionales de la red sociosanitaria de salud mental y responsables de sanidad penitenciaria, para buscar alternativas a prisión para personas con condena y enfermedad mental y para identificar dispositivos donde cumplir medidas de seguridad en caso de inimputables (12).
- Se trabajaron documentos de consenso con amplia participación de profesionales e instituciones implicadas (13).
- Y, en cooperación con el Ministerio de Sanidad, y la Estrategia en Salud Mental del SNS, en se acordaron líneas de trabajo a seguir, con el horizonte de las transferencias al fondo (14).

Uno de los efectos más relevantes de estas medidas ha sido el dar visibilidad y reconocer el alto rango de relevancia del problema (cualitativo, sanitario, económico, y en todo lo referente a derechos...). Y fruto de estos esfuerzos organizativos han sido la mayor sensibilidad de algunas administraciones autonómicas: así por ejemplo ej. Andalucía, que ha establecido acuerdos con IIPP para proporcionar apoyo a atención psiquiátrica con centros penitenciarios, ej. en Córdoba 1 vez/ semana, y en Huelva, en Puerto de Sta. María...; en Madrid donde algunos dispositivos, ej. las unidades de hospitalización para tratamiento y rehabilitación cancelaron su tradicional criterio de no admisión a personas con “carga penal”,

pudiendo ya cumplir allí medidas de seguridad; o Murcia que ha trabajado de forma conjunta con todos los implicados un documento para definir los procedimientos y modos de tomar decisiones para personas con trastorno mental en el circuito penal penitenciario de la Comunidad; y sobre todo País Vasco, al asumir las transferencias de la Sanidad Penitenciaria, lo que ha supuesto una mejora importante en la calidad de la atención a la salud mental en el sistema penal-penitenciario (15). Aun así, el balance es que la claridad de las formas de actuación en los circuitos penal-penitenciarios es muy escasa, y la calidad sigue siendo muy precaria, manifiestamente muy mejorable, y queda mucho por hacer. Siguen los grandes problemas: desconexión con la red de salud mental general, desconcierto e incumplimiento de la legislación en el cumplimiento de medidas de seguridad, insuficiencia de recursos; y en el exterior, incomprensión, y una colección de redes de salud mental que a menudo no contienen ni apoyan de forma suficiente ni son accesibles ni eficaces para estos grupos población, tan difíciles, tan necesitados de atención.

2.4. Las institucionales internacionales

2.4.1. Instituciones europeas: Existe amplia documentación procedente de instancias europeas, principalmente Consejo de Europa y Comisión Europea que instan a los Gobiernos a mejorar las condiciones de atención a la salud y la salud mental de población penitenciaria, insistiendo en la necesidad de preservar la equivalencia de cuidados, y el que los profesionales sanitarios no dependan administrativamente de las IIPP para garantizar/preservar la función clínica diferenciándola con cualquier otra función de procedimiento penitenciario, y que tanto puede afectar a manejo de información, consentimiento informado, o cualquier otra decisión que suponga aplicación de métodos coercitivos (16).

2.4.2. La Convención de ONU sobre derechos de personas con discapacidad (17), y la necesidad de adecuar la legislación española. Esta Convención aprobada por Naciones Unidas en diciembre de 2005, y posteriormente ratificada por España sí supone obligación de cumplimiento por parte de los Estados firmantes, de modo que la legislación española tiene que hacer modificaciones importantes; de los proyectos de propuestas



modificación de alguna de ellas por parte del Gobierno (todo lo relacionado con tutelas y curateles, reconocimiento de necesidad de apoyo, etc.) estamos teniendo noticia en estos días.

Como nos recuerda Patricia Cuenca en su exhaustivo trabajo realizado desde el Instituto Francisco de Vitoria -Universidad Carlos III de Madrid, para el CERMI (18), en estos más de diez años de vigencia de la Convención el Estado español, hasta la fecha, ninguna de estas iniciativas de reforma ha afectado al ámbito penitenciario que forma parte -junto con otras muchas otras materias- de la amplia agenda legislativa que tiene pendiente del Estado español en la tarea de implementación de la Convención”. Estas son algunas de sus propuestas más significativas de ese trabajo:

41. *Hacer efectiva la transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas, aumentar los recursos humanos y equipos sanitarios en prisión, crear equipos de atención a la salud mental, incorporar previsiones sobre el derecho a la rehabilitación, incluir medidas para garantizar la detección y comunicación de aquellas situaciones en las que la reclusión afecta negativamente a la salud física y mental de las personas internas, en especial de las personas con discapacidad, y para asegurar que las personas internas con discapacidad puedan disfrutar en igualdad de condiciones del derecho a la información médica y a la autonomía garantizando que las intervenciones y tratamientos médicos se realizan sobre la base de su consentimiento libre e informado.*
42. *Garantizar el acceso de las personas internas con discapacidad a todas las prestaciones y ayudas públicas que les puedan corresponder y promover la certificación oficial del grado de discapacidad y del grado de dependencia.*
43. *Asegurar que las personas con discapacidad reciben, en colaboración con los servicios socio-sanitarios y las entidades del tercer sector, una asistencia postpenitenciaria adecuada que potencie su autonomía y su inclusión en la comunidad y evite la reincidencia.*
44. *Potenciar y financiar específica, regular y adecuadamente la participación e intervención de las entidades especializadas en el*

apoyo a las personas con discapacidad en el medio penitenciario y en los mecanismos de desviación y programas de apoyo a la reinserción.

45. *Garantizar la formación adecuada del personal penitenciario en los derechos de las personas con discapacidad Para hacer efectivas estas recomendaciones se hace imprescindible la reforma de Ley Orgánica General Penitenciaria (1979) y de su Reglamento (1996).*

2.4.3 Las Reglas Nelson Mandela

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 17 de diciembre de 2015 una Resolución que establece unas Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (19). Son las llamadas “Reglas Nelson Mandela” que, si bien no son vinculantes, es decir que no obligan a los Estados a su cumplimiento, se les supone un alto rango de influencia en la toma de conciencia y en la perspectiva con que se crean actitudes y se despliegan normas y servicios en todo el mundo. Se trata de un conjunto de 122 reglas que revisan e incorporan nuevos conceptos a las antiguas normas de Naciones Unidas sobre esta materia de 1955.

Otorgan gran importancia a la protección de las garantías básicas de las personas privadas de libertad, por ser uno de los grupos más vulnerables y en riesgo de sufrir abusos y malos tratos. Entro otras, instan a la prestación de servicios médicos a las personas privadas de libertad como una responsabilidad del Estado que debe gozar de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior (regla 24). También se ordena que la atención sanitaria deberá ser llevada adelante por un equipo de carácter interdisciplinario y que actúe con plena independencia clínica (regla 25); se incluye la obligación de llevar adelante un historial médico correcto, actualizado y confidencial que debe estar siempre a disponibilidad de la persona (regla 26). Se establece que solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y que el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones (regla 27); se prescribe que toda decisión de permitir que un niño o niña permanezca con su madre o padre

en el establecimiento penitenciario se basará en su interés superior (regla 29). A su vez, alienta a los establecimientos penitenciarios a utilizar la prevención de conflictos, la mediación o cualquier otro mecanismo alternativo de solución de controversias para evitar faltas disciplinarias y evitar conflictos. Y añade que, en el marco de la entrevista que un profesional de la salud debe mantener cuando una persona ingresa a un establecimiento penitenciario –y también durante su estadía en él– no debe limitarse a las enfermedades o los malos tratos físicos que pueda haber recibido, sino que también debe tomar nota de “todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión” (regla 30). Se incorpora el respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y se incluye el consentimiento fundamentado como base de la relación entre médico y paciente (regla 32); y se ordena que todo profesional de la salud que detecte algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, debe documentarlo y denunciarlo (regla 34).

De forma muy especial, me interesa destacar la regla 109, en el que se sostiene que “no deben permanecer en prisión las personas a las que no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará el traslado de esa persona a centros de salud mental lo antes posible”. También alienta, cuando sea necesario, al tratamiento en centros especializados de otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales. Todo ello sin perjuicio del tratamiento psiquiátrico que debe dispensarse a todos los demás internos que lo necesiten” (19).

2.4.4. EL Comité para la Prevención de la Tortura y Trato Inhumano o Degradante (CPT), dependiente del Consejo de Europa

En su última visita a nuestro país, el CPT denunció que el acceso de las personas privadas de libertad a la atención psiquiátrica seguía siendo inadecuado en la mayoría de los centros penitenciarios que visitó. La delegación del CPT constató que la mayoría de personas privadas de libertad con arreglo a una medida de seguridad estaban alojadas en la enfermería de la prisión o en el módulo PAIEM. El tratamiento que recibían era

exclusivamente farmacológico y, según las palabras de la delegación, «eran visitados *de vez en cuando* por un psiquiatra; en caso necesario, eran trasladados a un hospital civil». La razón que esgrimieron los centros penitenciarios al CPT para alojar a estos pacientes en un centro penitenciario era que «las dos únicas instituciones psiquiátricas forenses del país (situadas en Sevilla y Alicante) estaban masificadas y no podían aceptar más pacientes». Por eso, la delegación europea volvió a insistir en que «los pacientes que estaban recibiendo atención psiquiátrica forense con arreglo a una medida de seguridad impuesta por un tribunal deberían ser alojados en un centro de atención sanitaria especializado, en donde se les pueda ofrecer un abanico mucho más amplio de medidas terapéuticas, rehabilitadoras y recreativas adecuadas a sus necesidades específicas» (5).

En el verano de 2018 el Tribunal Constitucional (TC) daba la razón al CPT al dictaminar que no es posible encerrar en una cárcel a una persona absuelta por haber cometido un delito del que no era consciente por estar afectada por una enfermedad mental. En la misma sentencia el TC lanzaba un mensaje al poder legislativo: se debe regular de manera pertinente la medida cautelar penal de internamiento en centro psiquiátrico. (6).

3. La pandemia Covid19 y su impacto en las prisiones y en la población reclusa. ¿Aprendimos algo, qué hemos aprendido?

Las características del entorno de las cárceles y de la población penitenciaria, con alta vulnerabilidad, hacían temer lo peor ante la llegada de Covid19 (población con mala salud, alta morbilidad de enfermedades infecciosas y drogodependencias; con una proporción de mayores de 50 años en torno a 20%; además de los problemas de salud mental), por lo que saltaron las alarmas en los distintos departamentos ministeriales en distintos países del mundo, y de organismos internacionales, produciendo normas y recomendaciones en su mayor parte gran parte recogidas en un reciente documento AEN (20).

Como muestra del impacto de esa alarma nos puede valer recordar que el diario inglés *The Guardian* advertía que en el sistema penitenciario de Reino Unido se podrían producir 800



muerres «evitables», un 1% de la población penitenciaria (21). Algo que se podría replicar en todos los países del mundo.

En España, la Orden dictada por el Ministerio del Interior el 15 de marzo, reconoce que los internos son un “*colectivo vulnerable*”, por lo que suspende todas las comunicaciones presenciales y todos los permisos, y adoptar una serie de medidas restrictivas, en cuanto a la movilidad de los internos, al acceso de familiares y profesionales extrapenitenciarios a los centros y a la supresión de talleres productivos, educativos y otros; todas ellas dirigidas a la prevención y al control de la enfermedad. La atención médica en las cárceles españolas se hacía especialmente difícil por el déficit de médicos en los Centros Penitenciarios, donde el 41,6% de las plazas se encuentran sin cubrir desde hace años.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 23 de marzo una Guía dirigida a los Estados en la que recomienda tomar una serie de medidas para abordar la crisis del Covid-19 dentro de los establecimientos penitenciarios. Entre las distintas medidas que contempla y entiende deben ser adoptadas de inmediato, destaca “*la valoración cuidadosa del posible recurso a medidas no privativas de libertad en todas las etapas de la administración de la justicia penal*”.

En este mismo sentido, el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) del Consejo de Europa, en su declaración a los Estados, urge igualmente a realizar un “*mayor uso de alternativas a la prisión preventiva, conmutación de sentencias, libertad anticipada y libertad condicional*”. Y de forma análoga, otros organismos internacionales han hecho llegar este tipo de recomendaciones para el resto del mundo (22).

Tanto en Europa como en EEUU se toman medidas siguiendo esta perspectiva y estas recomendaciones: la forma más efectiva de evitar un brote inminente es reducir drásticamente las poblaciones de cárceles y prisiones procediendo por ejemplo a la liberación de todas las personas en prisión preventiva (o al menos todo aquel que pudiera pagar fianza), como sucedió en S. Francisco (23,24), en Nueva Jersey se aplazó suspendió el cumplimiento de 1.000 condenas. Estos pasos pueden reducir el hacinamiento en

algunas cárceles, pero muchas otras cárceles, y la mayoría de las cárceles, se ven mínimamente afectadas. Se requieren medidas adicionales, tales como la liberación de aquellos en alto riesgo de COVID-19 debido a la edad o condiciones subyacentes, aquellos condenados por un delito no violento o encarcelados por una violación técnica (sin delito) de libertad condicional, y aquellos con menos de 2 años de sus condenas restantes. En abril de 2020, el fiscal general de los Estados Unidos ordenó la liberación de muchas de esas personas encarceladas en cárceles federales, aunque no está claro el cumplimiento que tendrá esa orden (25). Y medidas similares se fueron tomando en otros países: Francia liberó a 5.000 internos que habían cumplido la mayor parte de su condena(26), Irán ha anunciado un indulto para 10.000 presos (27), Irlanda ha puesto en libertad a 200 presos (28), Finlandia ha pospuesto el cumplimiento de penas leves (29) y, en el Estado español, Interior puso en marcha a finales de marzo, la aplicación de medidas por las que más del 75% de los 7.182 presos en semilibertad, desplazarán el cumplimiento de sus penas en casa vigilados mediante pulseras de control telemático. Por otra parte, se procedió al vaciamiento de CIEs (centros de detención de extranjeros sin carga delictiva), llegando a cerrar alguno de ellos como el de Carabanchel-Aluche, en Madrid.

En cuanto a otras iniciativas e informaciones significativas que den cuenta de lo ocurrido en las cárceles españolas durante la pandemia, destacamos.

3.1. En el Parlamento Español, cabe destacar la que presentó el grupo parlamentario de Unidas Podemos, que pidió al Gobierno que se adoptaran medidas excepcionales para permitir a todos los presos clasificados en segundo -régimen ordinario- y en tercer grado penitenciario -semilibertad- que estuvieran disfrutando de permisos de salida antes de estallar la crisis pasaran a cumplir las penas en sus domicilios mientras dure la pandemia. Posteriormente, nueve grupos parlamentarios pidieron al Gobierno, a primeros de mayo, la puesta en libertad de aquellos reclusos “que presenten especial vulnerabilidad ante la covid-19”, entre los que sitúa aquellos que sufran “patologías previas serias, crónicas o agravadas por la edad -mayores de 65 años-, por conformar grupos de riesgo ante el contagio

de la pandemia”. El documento esgrime para ello las recomendaciones en este sentido de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alta comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos; y la comisaría de Derechos Humanos del Consejo de Europa. El escrito también reclama que aquellos que hayan cumplido las tres cuartas partes de la condena (a partir de la cual un interno puede pedir la libertad condicional) sean excarcelados cuando “no presenten alto riesgo de reincidencia y/o presenten pronóstico favorable de reinserción social” (30). Parte de estas medidas ya las había adoptado Interior a partir de marzo, al extender a más del 77% de los 7.182 presos en semilibertad la modalidad de cumplimiento de sus penas en casa vigilados mediante pulseras de control telemático. Junto a ello, reclamaban otras medidas sanitarias, tales como “generalizar medidas de protección, examen de síntomas preventivo y diagnóstico rápido de personas en prisión”. También pide que se deriven “inmediatamente a centros hospitalarios de la red pública a quienes presenten síntomas o den positivo por enfermedad de covid-19”, y no se mantengan en las enfermerías de los presidios como se hace ahora con aquellos que no tienen síntomas de gravedad. También solicita que se facilite a los presos “conocimiento actualizado y accesible del desarrollo de la pandemia y de las medidas adoptadas, a nivel general y, en particular, dentro de las prisiones para prevenir y contener su propagación”. A su vez, pretende extenderla a los reclusos en segundo grado u ordinario, que en la actualidad son cerca de 35.000 de los 50.800 que hay en las cárceles dependientes del Ministerio del Interior, proponiendo que la policía pueda “efectuar controles aleatorios” para vigilar que el confinamiento domiciliario de los presos se cumple.

La propuesta también apela a que la reducción de población reclusa permitirá “reducir los riesgos de contagio” en las cárceles. Sin embargo, el Ministerio del Interior informó el pasado miércoles de que el impacto de la pandemia en estos centros es cuatro veces inferior al impacto en la población general.

3.2. Población penitenciaria afectada

A primeros de julio, el número de positivos total entre la población reclusa es de 84 (de unos

50.000 reclusos), lo que supone una tasa de menos de 2 por cada mil internos, mientras que entre la población general esa tasa es en torno a 5,5 positivos por cada mil habitantes. Se habían producido seis fallecimientos por coronavirus en prisiones (dos reclusos, con patologías previas importantes y más de 60 años y cuatro funcionarios). Además, Instituciones Penitenciarias tenía confirmados 274 trabajadores afectados. A ello habría que añadirlos resultados en Cataluña, no contabilizados en las cifras anteriores.

3.3. Otros incidentes

A su vez, hemos tenido noticias de prensa de situaciones conflictivas en algunas cárceles (Algeciras, Picasent, Ocaña, Estremera) que se resolvieron, al parecer, mediante negociación, sin que hubiera que lamentar daños) (31,32).

E igualmente, a lo largo del tiempo de alarma y confinamiento, se han producido documentos, manifiestos y acciones de solidaridad con los presos, reclamando atención a los derechos de los presos (a la salud y máximo respeto posible al resto de derechos en riesgo de ser conculcados durante la pandemia) por parte de instancias diversas, al que hemos sumado el documento Guía de la AEN, al que hicimos antes referencia (20).

También han llegado noticias de respuestas positivas de autoorganización de los reclusos para evitar al máximo la interacción de riesgo con los de fuera.

3.4. Comentarios finales.

A modo de conclusiones

Es muy probable que la cárcel tal y como hay la conocemos, institución de encierro y castigo e improbable capacidad rehabilitadora, capa de proporcionar un elevado sufrimiento a quien ahí aloja/atrapa esté llamada a desaparecer, más pronto que tarde. Y está por ver qué tipo de institución no enladrillada, de dispositivo ¿sociocomunitario? acuda al rescate de los más ¿desconcertados, turbulentos, difíciles, hostiles, desadaptados?

La experiencia amplia y casi sincronizada de excarcelaciones (que no de abandono de la res-



pensabilidad sobre el seguimiento del recluso, seguimiento muchas veces telemático, mientras estaba en su domicilio) en tantos países, que no se seguido, que sepamos, de problemas específicos de orden público, puede ayudarnos a pensar en alternativas más allá de las rutinas. Así, por ejemplo, es fácil estar de acuerdo con quienes se preguntan si la lógica punitiva que impera en nuestros días no nos está llevando a incumplir el mandato del art.72 LOGP de permitir los mayores márgenes de libertad a quien está preparado para ello; y, en relación con ello, preguntarnos por ejemplo cuántos internos clasifi-

cados en régimen ordinario, esto es, en centros penitenciarios con privación de libertad efectiva, podrían estar en tercer grado en sus domicilios (33-35). O, dicho en otros términos ¿será posible construir una sociedad con menos cárcel, con menos encierro, que se dote de otros métodos para reconducir los conflictos cuando se hayan acompañado de daños, entre sociedad, víctima y agresor? ¿Será posible pensar en la descarcación como un proyecto verosímil (36) será cierto que “otro Derecho Penal es posible” (37)? ¿Por qué no? Veremos.

Contacto

Mariano Hernández Monsalve ✉ hergoico@gmail.com
C/ Mauricio Legendre 31, 7^º C • 28046 Madrid

Bibliografía

1. Hart JT. Care inverse law. *The Lancet*1971; 297 (7696): 405-412.
2. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2018_12615039X.pdf/8a50dca8-8e28-4fbed44-b5c95f12393a
3. <https://www.apdha.org/la-carcel-contra-la-salud/>
4. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Perez-Arnau F, Arroyo JM. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*. 2011; jun15 doi. 10.1002/chm.815
5. <https://rm.coe.int/pdf/168076696c>
6. <http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/25714>
7. Ortiz González AL. *Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente favorable* <https://www.abogacia.es/actualidad/noticias/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>
8. Aebi, M. F., Tiago, M.M. & Burkhardt, C. (2016). SPACE I- Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2015. Strasbourg: Council of Europe.
9. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Disponible en: http://www.iipp.es/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
10. *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2009.
11. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf
12. Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y Subcomisión Penitenciaria (Subdirección General de IIPP).

- Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2012.
13. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Documento de consenso 2015. *Resocialización y alternativas para las personas con enfermedad mental sometidas a un proceso judicial.* SGIIPP. Ministerio del interior. Madrid 2015.
 14. Arroyo Cobo JM *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo.*
 15. Bengoa A, Mateo-Abad M, Zulaika D, Vergara I, Arroyo-Cobo JM. Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España. *Rev Esp Sanid Penit* 2018; 20: 23-32.
 16. Detenidos con discapacidad en Europa. Asamblea del Parlamento Europeo. 1 junio 2018. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24813&lang=en>
 17. www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
 18. Cuenca P. *La adaptación de la normativa penitenciaria española a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe propuesta.* CERMI. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ed Cinca. Madrid 2019.
 19. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (las Reglas Nelson Mandela). UNDOC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Viena 2015. www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-Subeook.pdf
 20. Markez I, Munarriz M, Hernández M, Casaus P, Pérez E, Gordaliza A, Ventosa P, Carmona J, Fuster M, Concepción MA de, Barrenetxea O. *Guía Medidas urgentes en los centros penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus, y para el próximo periodo.* Ed. AEN. <https://aen.es/guia-medidas-urgentes-en-los-centros-penitenciarios-durante-esta-pandemia-de-coronavirus/>
 21. www.theguardian.com/uk-news/2020/mar/21/prisons-could-see-800-deaths-from-coronavirus-without-protective-measures
 22. www.hrw.org/news/2020/04/06/asia-reduce-prison-populations-facing-covid-19
 23. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-75bfabbdd-793aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r6
 24. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-75bfab793bdod-aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r7
 25. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-bdod-75bfab793aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r8
 26. www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-le-ministere-de-la-justice-va-autoriser-la-liberation-de-5000-detenus-en-fin-de-peine_3881053.html
 27. www.theguardian.com/world/2020/mar/19/iran-to-pardon-10000-including-security-prisoners
 28. www.thejournal.ie/prisoners-released-coronavirus-charlie-flanagan-5052634-Mar2020/
 29. www.foreigner.fi/articulo/coronavirus/short-prison-sentences-are-postponed-due-to-the-coronavirus/20200318213547004_863.html
 30. <https://elpais.com/espana/2020-05-01/unidas-podemos-pide-a-interior-el-confinamiento-domiciliario-de-los-presos-con-permiso.html>



31. www.elmundo.es/espana/2020/04/30/5ea866e421efa09f1c8b458b.html
32. <https://arainfo.org/solidaridad-en-tiempos-de-pandemia-como-el-coronavirus-ha-llegado-a-las-carceles/>
33. <https://kaosenlared.net/la-gestion-del-covid-19-dentro-de-las-carceles-reflexiones-y-sentimientos/>
34. *Las cárceles, espacios para la privación de la libertad y de la salud* <https://ctxt.es/es/20191120/Firmas/29720/observatorio-social-la-caixa-salud-carceles-suicidios-europa.htm>
35. <https://arainfo.org/solidaridad-en-tiempos-de-pandemia-como-el-coronavirus-ha-llegado-a-las-carceles>
36. Rivera I. *Deescarceración*. Tirant lo Blanc. Valencia 2018.
37. Segovia Bernabé JL. Otro derecho penal es posible: la alternativa restaurativa. *Documentación social* 2011; 161, pag: 67-85.

• Aceptado: 02/07/2020.