

La contención mecánica en las prisiones españolas desde la perspectiva de los derechos humanos

ESTRATEGIAS DE APOYO AL MNP DE ESPAÑA
EN EL MONITOREO DE LA APLICACIÓN
DEL MEDIO COERCITIVO DE LA CONTENCIÓN
MECÁNICA EN LAS PRISIONES DE ESPAÑA

Diciembre 2023

**Observatorio del Sistema Penal y los Derechos
Humanos de la Universidad de Barcelona**

*Un proyecto financiado por el Fondo
Especial del OPCAT de Naciones Unidas*



Autores/as:

Iñaki Rivera Beiras: Director del OSPDH e investigador principal del proyecto

Rachele Stroppa: PhD en Criminología y Sociología Jurídico Penal, investigadora del OSPDH y coordinadora general del informe

José Navarro Pardo: Máster en Sociología Jurídico Penal, investigador del OSPDH y coordinador del estudio empírico

Ter García: periodista y autora del análisis cuantitativo

Alexandra Varela Carpio: investigadora del OSPDH

Daniel Simón Zamarripa Fava: investigador del OSPDH

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACAIP: Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias

AGE: Administración General del Estado

APDHA: Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía

APT: Asociación para la Prevención de la Tortura

CAT: Comité contra la Tortura de Naciones Unidas

CCOO: Comisiones Obreras

CE: Constitución Española

CEDH: Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales

CESM: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

CP: Centro penitenciario

CP: Código penal

CPT: Comité para la Prevención de la Tortura y de los tratos o penas inhumanos o degradantes del Consejo de Europa

CSIF: Central Sindical Independiente y de funcionarios

CUE: *Cap d'Unitat Especialitzada* (jefe/a de unidad especializada)

DAE: Departamento de Atención Especializada

DERT: *Departament Especial Regim Tancat* (Departamento Especial de Régimen Cerrado)

DGSP: *Direcció General de Serveis Penitenciaris* (Dirección General de Servicios Penitenciarios)

DI: Discapacidad intelectual

DP: Defensor del Pueblo

EAPP: Equipo de Atención Primaria Penitenciaria

FIES: Fichero de Internos de Especial Seguimiento

GAP: *Guies d'Actuació Penitenciaria* (Guías de Actuación Penitenciaria)

HPP: Hospital Psiquiátrico Penitenciario

ICS: *Institut Català de la Salut* (Instituto Catalán de la Salud)

IIPP: Instituciones Penitenciarias - España

JVP: Juzgado de Vigilancia Penitenciaria

LO: Ley Orgánica

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979

MCPT: Mecanismo Catalán para la Prevención de la Tortura

MNP: Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPCAT: Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes

OSPDH: Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos

PAIEM: Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios

PEEPA: *Pla estratègic d'execució penal d'adults: la rehabilitació com a missió* (Plan estratégico de ejecución penal de adultos: la rehabilitación como misión)

PIT: Programa individualizado de tratamiento

PSP: Programa de Salud Penitenciaria

RD: Real Decreto

RP: Reglamento Penitenciario

RPE: Reglas Penitenciarias Europeas

SAM: *Sistema d'Avaluació i Motivació Continuada* (Sistema de evaluación y motivación continua)

SEPL: Sociedad Española de Psiquiatría Legal

SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

SGIP: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

SIP: Sistema Informático Penitenciario

SIPC: *Sistema d'informació penitenciària de Catalunya* (Sistema de información penitenciaria catalán)

SIRECOVI: Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional

SMPRAV: *Secreteria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima* (Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima)

SOJP: Servicio de Orientación Jurídica Penitenciaria

SPT: Subcomité para la Prevención de la Tortura de Naciones Unidas

UHPP: Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria

Índice

PRESENTACIÓN	10
01. Notas preliminares sobre el objeto de estudio	13
INTRODUCCIÓN	13
02 . “Estrategias de apoyo al MNP de España en el monitoreo de la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en las prisiones del España”: un proyecto financiado por el Fondo Especial OPCAT	16
03 . Objetivos y metodología	17
04 . Estructura del informe	21
CAPÍTULO 1. Estándares internacionales en relación al uso de las contenciones mecánicas en prisión	24
01 . El paradigma de los derechos humanos	25
02 . La práctica de la contención mecánica en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos	26
2.1 <i>Recomendaciones y observaciones de los organismos de control y garantía de ámbito universal al Estado Español</i>	28
03 . Los estándares del Sistema Europeo de Protección de Derechos Humanos en materia de contención mecánica en prisión	30
3.1 <i>Supuestos de aplicación de la contención mecánica</i>	32
3.2 <i>Procedimiento de aplicación y supervisión de la contención mecánica</i>	33
3.3 <i>Los medios idóneos para aplicar la contención mecánica</i>	34
3.4 <i>La importancia del registro y control en relación con la práctica de contención mecánica</i>	34
3.5 <i>Colectivos de especial protección</i>	35
3.6 <i>La necesidad de la formación procedimental de los profesionales que trabajan en la cárcel</i>	36
CAPÍTULO 2. La práctica de la contención mecánica en el sistema penitenciario español, catalán y vasco. Un análisis jurídico - normativo	38
01. Introducción	39
02 . Los principios constitucionales	39
2.1 <i>El principio de reserva de ley en relación con la regulación de los derechos fundamentales</i>	42
03. La contención mecánica en la LOGP y en el RP	43
04. El empleo de medios coercitivos en el ámbito penitenciario	45
4.1 <i>El debate acerca del empleo de las contenciones mecánicas en prisión</i>	47
4.2 <i>La atención sanitaria en las cárceles</i>	49
05. Las cárceles dependientes de la Administración General del Estado	51
5.1 <i>El modelo de atención sanitaria en el sistema penitenciario dependiente de la AGE</i>	52
5.2 <i>La Instrucción 3/2018</i>	55

06. Las cárceles dependientes de la Administración penitenciaria de Cataluña	58
6.1 <i>Las peculiaridades del sistema catalán; modelo rehabilitador e orientación actuarial</i>	59
6.2 <i>La atención a la salud en las cárceles catalanas</i>	63
6.3 <i>La Circular 1/2022 sobre el protocolo de aplicación de los medios coercitivos de aislamiento provisional y de contención en los centros penitenciarios catalanes</i>	66
6.4 <i>Observaciones y Recomendaciones del Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT)</i>	70
07. La administración penitenciaria del País Vasco	72
7.1 <i>La atención a la salud en las cárceles vascas</i>	73
CAPÍTULO 3. La postura del MNP español en relación con la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en prisión	76
01. Papel y funciones del MNP	77
02. El informe relativo al año 2017 (publicado en 2018)	78
03. La Guía sobre buenas prácticas en materia de contenciones mecánicas: punto de inflexión en materia de inmobilizaciones	80
04. El Informe de 2018 (publicado en 2019)	84
05. El Informe de 2019 (publicado en 2020)	86
06. El Informe de 2020 (publicado en 2021)	88
07. El Informe de 2021 (publicado en 2022)	89
08. El Informe de 2022 (publicado en 2022)	91
09. Discusión crítica	91
CAPÍTULO 4. Panorámica cuantitativa sobre el fenómeno de las contenciones mecánicas en los sistemas penitenciarios español, catalán y vasco	96
01. Contenciones mecánicas en los centros penitenciarios gestionados por la Administración General del Estado	97
1.1 <i>Introducción</i>	97
1.2 <i>Análisis respecto del número de contenciones aplicadas, tipología, duración y centro penitenciario</i>	98
02. Contenciones mecánicas en los centros penitenciarios de Catalunya	104
2.1 <i>Introducción</i>	104
2.2 <i>Número de contenciones aplicadas en base a la población penitenciaria total y al centro penitenciario</i>	105
2.3 <i>Contenciones mecánicas regimentales y contenciones mecánicas sanitarias o psiquiátricas</i>	108
2.4 <i>Nacionalidad, género, edad y situación penal de la persona presa a la que se aplican contenciones mecánicas</i>	109
2.5 <i>La duración de las contenciones mecánicas y el número de contenciones acumuladas por persona presa</i>	113
2.6 <i>Ubicación y motivos de las contenciones (datos únicamente relativos al año 2021)</i>	115
03. Contenciones mecánicas en las cárceles dependientes de la administración penitenciaria vasca	116
04. Las tendencias de los primeros nueve meses de 2023	118
4.1 <i>País Vasco</i>	118
4.2 <i>SGIP</i>	119
4.3 <i>SMPRAV</i>	120

CAPÍTULO 5. Las perspectivas de los diferentes actores penitenciarios en torno al fenómeno de las contenciones mecánicas	124
01. Introducción	125
02. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias	125
2.1 <i>La perspectiva de los actuales responsables de la SGIP</i>	125
2.2 <i>La perspectiva de los trabajadores penitenciarios de la SGIP</i>	128
03. La Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima	131
3.1 <i>La perspectiva de los actuales responsables de la SMPRAV</i>	131
3.2 <i>La perspectiva de los/as trabajadores/as de la SMPRAV</i>	136
04. La Administración Penitenciaria vasca	139
4.1 <i>La perspectiva de los/as actuales responsables de la administración penitenciaria vasca</i>	139
05. Las opiniones de los/as letrados/as pertenecientes a los Servicios de Orientación Jurídica Penitenciaria (SOJP)	142
06. La visión de las entidades de la sociedad civil	149
6.1 <i>Cuestiones relacionadas con el ámbito jurídico</i>	149
6.2 <i>Cuestiones relacionadas con el ámbito sanitario</i>	151
6.3 <i>Cuestiones generales</i>	152
07. Las experiencias vividas por las personas privadas de libertad	153
08. Análisis crítico	158
Conclusiones	160
01. Reflexiones finales desde la perspectiva de la sociología del derecho	160
02. Algunas recomendaciones desde el paradigma de los derechos humanos	168
03. Palabras finales	171
Bibliografía	172

Presentación

El Informe que aquí se presenta, titulado *La contención mecánica en las prisiones españolas desde la perspectiva de los derechos humanos. Estrategias de apoyo al MNP de España en el monitoreo de la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en las prisiones de España*, es un claro ejemplo de lo que se denomina “transferencia del conocimiento”. En el presente caso, esta “transferencia” opera desde un punto de vista académico, al publicar los resultados de una investigación desarrollada a lo largo del año 2022, referida al objeto de estudio al cual alude el título indicado, y realizada por un equipo de personas investigadoras del Observatorio del Sistema penal y los Derechos Humanos de la Universidad de Barcelona (OSPDH). Ello ha sido posible gracias al apoyo otorgado por el Fondo OPCAT (*Optional Protocol to the Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, de 18 de diciembre de 2002) de las Naciones Unidas.

Vaya, en consecuencia, un primer agradecimiento al citado organismo del Alto Comisionado de la ONU que aprobó y financió el proyecto de investigación presentado en su día, depositando así su confianza en la propuesta sometida a evaluación y referido a un tema tan complejo como lo es el relativo a la aplicación del medio coercitivo de las llamadas “contenciones mecánicas” en los centros penitenciarios de España. La publicación de este Informe cumple, de este modo, con el compromiso adquirido por el OSPDH ante las Naciones Unidas, efectuando la requerida rendición de cuentas y resultados de la investigación realizada. Asimismo, su publicación, también pretende ser un acto de transparencia ante las Administraciones de justicia y penitenciarias de España y ante la sociedad en su conjunto, esperando que los resultados presentados sean útiles para arrojar una imprescindible luz (o información) no sólo sobre las previsiones normativas, sino sobre la aplicación en la vida cotidiana de las cárceles de un instrumento tan complejo y controvertido (como poco conocido y debatido), como es el relativo a la práctica de la sujeción física de personas privadas de libertad, a través de medios mecánicos como correas de sujeción.

Debe decirse aquí, a modo de Presentación, y sin perjuicio de muchos detalles que se describirán y se analizarán a lo largo del trabajo, que el propio OPCAT, señala que la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes están prohibidos y constituyen violaciones graves de los derechos humanos. En tal sentido, el Protocolo de las Naciones Unidas insiste en la “necesidad de adoptar nuevas medidas para alcanzar los objetivos de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes y de fortalecer la protección de las personas privadas de su libertad”. Para ello, desde el inicio de su articulado, recuerda que la Convención obliga a cada Estado Parte a tomar medidas efectivas para prevenir los actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en todo territorio bajo su jurisdicción, señalando que “los Estados tienen la responsabilidad primordial de aplicar estas disposiciones y que el fortalecimiento de la protección de las personas privadas de su libertad y el pleno respeto de sus derechos humanos es una responsabilidad común compartida por todos, y que los mecanismos internacionales de aplicación complementan y fortalecen las medidas nacionales”.

Bajo ese mandato, el citado Fondo del OPCAT decidió apoyar el proyecto que desde el OSPDH presentamos a su consideración para enriquecer, como indica el subtítulo del proyecto, las estrategias de apoyo al Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de España (Defensor del Pueblo) en el monitoreo de la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en las prisiones de las tres Administraciones penitenciarias del Estado español.

Y con el aval que ha representado trabajar bajo el amparo de las Naciones Unidas, el equipo de investigación del OSPDH presentó el proyecto al Mecanismo Nacional español citado para su conocimiento y para solicitar las informaciones que permitiesen el desarrollo y ejecución de la investigación. Hemos podido celebrar así algunas reuniones con el equipo del MNP español y trabajar con toda la información que es pública, relativa a sus visitas a los centros penitenciarios, confección de fichas, elaboración de recomendaciones y estudio de sus informes. Esperamos que, cumpliendo con el objetivo principal de este proyecto, el mismo sea útil para el fortalecimiento de una institución tan importante como la citada. También hemos de indicar que este Informe ha prestado una especial atención a las recomendaciones señaladas a España por el Sub Comité de Prevención de la Tortura (SPT) de las Naciones Unidas, tras su última visita al Estado en 2017.

Debe agradecerse también aquí de inmediato, la colaboración que de las tres Administraciones penitenciarias recibimos en diversos órdenes. Desde solicitudes de información a reuniones (presenciales y virtuales) para conversar y responder a preguntas, la disposición ha sido clara y transparente. Asimismo, también debemos destacar la consideración y participación de otros operadores del sistema penal y penitenciario como es el caso de las decenas de funcionarios y funcionarias de cárceles españolas y de abogados y abogadas de los Servicios de Orientación jurídico-penitenciaria de diversas corporaciones profesionales del Estado. Afortunadamente, pudimos también contar con las indicaciones y testimonios de algunas organizaciones no gubernamentales de defensa de los derechos fundamentales de los derechos de las personas encarceladas. Y también hemos de agradecer la transmisión de numerosas personas presas que se prestaron a narrar episodios que afectan directamente a sus biografías, a su dignidad. Si todo ello lo hemos de reconocer como aquí hacemos, también hemos de lamentar la falta de colaboración de los y las Jueces y Juezas de Vigilancia Penitenciaria de quienes no obtuvimos respuestas, faltando en consecuencia la voz de quienes -por mandato de las Naciones Unidas y de la legislación penitenciaria española- han de cumplir con el imprescindible control jurisdiccional de una medida especialmente grave, y controvertida, como es la de la práctica de las contenciones mecánicas. Confiamos, no obstante, en que la difusión del presente Informe contribuya también al necesario debate entre la comunidad judicial comprometida precisamente con el ejercicio de una *iuris dictio* propia del Estado social y democrático de derecho.

Desde hace veintitrés años el OSPDH trabaja constantemente en la tarea de monitoreo de las condiciones de privación de libertad. Dicha tarea se desarrolla desde la Universidad de Barcelona, pero también en contacto, en red, con otras instituciones y organizaciones tanto del Estado español como de ámbitos territoriales de Europa y de América Latina. El aprendizaje mutuo que dicha cooperación provoca (en el trabajo con, por ejemplo, el Comité para la prevención de la tortura del Consejo de Europa o nuestra pertenencia a la Organización Mundial contra la tortura, entre otros), nos ha permitido conocer, también, la situación en la que se encuentra la aplicación de las contenciones mecánicas en otros países. Sobre ese punto, próximamente, otro estudio -esta vez de carácter internacional- revelará la eliminación (tanto normativa como fáctica) o la extrema reducción en la aplicación del mencionado medio coercitivo en países como Italia, Alemania o Francia, entre otros. La cultura del “*no restraint*” ha ganado terreno en esos otros ámbitos, implementándose medidas alternativas y respetuosas con la dignidad de las personas privadas de libertad. En algunas ocasiones, ello ha sido resultado de aportaciones que provienen

de la psiquiatría, y de otros ámbitos del derecho de tipo sanitario; en otros casos, ello fue fruto de una jurisprudencia muy estricta y respetuosa con la consideración de la privación de libertad y sus alcances, pero también sus límites.

Con la intención que esta investigación sea útil para avanzar en un camino semejante, cual es el del horizonte de abolición de una práctica como la de las contenciones mecánicas (así reclamada para España, reiteradas veces, por el Comité para la prevención de la tortura del Consejo de Europa en los informes publicados tras las visitas a sus centros penitenciarios), presentamos este Informe de trabajo y resultados, cumpliendo con la función de “transferencia del conocimiento” a que se ha hecho referencia en las primeras líneas y que desde la Universidad nos compete.

Iñaki Rivera Beiras
Director del OSPDH
Diciembre de 2023

Introducción

01

NOTAS PRELIMINARES SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO

El presente trabajo constituye la culminación de un largo proceso de investigación acerca de la temática de las contenciones mecánicas en el ámbito carcelario llevado a cabo por los/as investigadores/as¹ del Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos (OSPDH) de la Universidad de Barcelona (UB)².

La privación de libertad y las violaciones de derechos producidas por el paso por una institución total como la cárcel (Goffman, 2001) han constituido, desde su fundación en 2001, los temas de principal interés del OSPDH (Guthman & Rivera Beiras, 2023). Tal y como apunta Rivera Beiras, “el problema de la cárcel (porque ante todo es o debería importar como problema), continuó sin ser objeto de una consideración importante” (2023, p. 21). Históricamente, lo que ocurre dentro del “planeta cárcel” (Pavarini en Rivera Beiras, 2006, p. XXI) no suele despertar mucho interés, ni siquiera para los operadores jurídicos. Una vez dictada la sentencia y promulgado el auto de ingreso a prisión, la vida de las personas que habitan los espacios de encierro se sitúa en una posición tan lejana de la sociedad libre, que parece no importar. La cárcel no es un tema relevante tampoco en el ámbito académico (con algunas excepciones); el llamado derecho penitenciario o de la ejecución penal continúa siendo un objeto de conocimiento menor, a veces incluso menospreciado y hasta desconocido (Rivera Beiras, 2023, p. 23).

Como consecuencia, los derechos de los individuos reclusos acaban configurándose como “derechos de ciudadanos de segunda categoría” (Rivera Beiras, 1993), porque la misma formulación legal de esos derechos está devaluada o porque dicha devaluación afecta al procedimiento de interpretación y aplicación del derecho. Sin embargo, las prisiones y, especialmente, las condiciones de vida de aquellos/as que las habitan, deberían interpelar a cualquier sociedad realmente democrática. La convicción de que exista una absoluta diferenciación entre “nuestra” sociedad y las relaciones sociales que se generan en el interior de una prisión, se revela débil. De alguna forma, la cárcel representa un prisma de observación privilegiado (Vianello, 2021), en cuanto, a través del estudio de la comunidad penitenciaria y de las prácticas que se producen en el entorno carcelario, se pueden entender muchas de las dinámicas que caracterizan el funcionamiento y los principios que rigen la sociedad “libre”.

¹ Redactamos esta publicación procurando evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, con el objetivo de facilitar su lectura no incluimos recursos como “@”, “x”, “xs”. Hacemos esta aclaración para aquellos casos en donde no fue posible evitar la utilización genérica del masculino.

² Para profundizar sobre el OSPDH, su recorrido, actividades y publicaciones se remite a <https://www.ub.edu/portal/web/observatori-sistema-penal/> (consultado el 18.08.23).

Si bien como hemos dicho, la “Cuestión carcelaria” (Rivera Beiras, 2006, 2023), en términos generales, debería formar parte de la agenda política y ser objeto de profundización también desde un punto de vista académico, existen algunas prácticas que, por sus características, funciones, recorridos y por su carácter aflictivo, merecen indagarse con aún más detenimiento. Este es el caso, precisamente, de la contención o sujeción mecánica. La OMS define la contención mecánica o física como “la restricción de movimientos mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado o adyacente al cuerpo del paciente, que él o ella no puede sacar fácilmente”³.

La contención mecánica en prisión es un medio coercitivo, es decir, un tipo de aquellas “medidas en las que se emplea la fuerza con el fin de restablecer la normalidad dentro del centro penitenciario y que se utilizan para impedir o reprimir conductas que, por su gravedad, no pueden ser contenidas de otra manera” (Fernández Arévalo & Nistal Burón, 2012, p. 494). Por tanto, se trata de una implantación institucional que afecta tan gravemente a la esfera de derechos de las personas privadas de libertad, que el ordenamiento penitenciario solamente tolera con carácter exclusivamente excepcional.

La contención mecánica constituye actualmente una medida extremadamente controvertida. Un gran número de estudios acerca del uso de las contenciones o sujeciones mecánicas, realizados recientemente desde el ámbito sanitario o sociosanitario, alertan de que el uso de esta práctica tiene consecuencias para los y las pacientes. Existen numerosas publicaciones científicas y revisiones de estudios observacionales que concluyen que la restricción física produce daños en las personas, e incluso cierta mortalidad (Comité de Bio Ética de España, 2016). Entre los posibles daños derivados de su uso se han descrito fracturas, luxaciones o asfixia mecánica. El estrés físico y emocional que experimentan muchas personas sometidas a esta medida, sumado a la ansiedad intensa, la resistencia y la agitación, han generado que la medida se relacione también con la muerte súbita (*ibidem*).

Como también han evidenciado los estudios, las consecuencias de la utilización de contenciones mecánicas no quedan restringidas al paciente, sino que afectan a su vez a los y las profesionales que las aplican, así como a la relación terapéutica entre ambos. Un estudio llevado a cabo recientemente desde la unidad de enfermería del *Parc Sanitari Sant Joan de Deu* concluyó a que los y las profesionales de enfermería viven de manera muy negativa las contenciones mecánicas y que, en la mayoría de los casos, sienten inquietud por llevar a cabo una acción que va en contra de sus principios y creencias (Sanmiquel, 2021).

Tal y como han puesto de relieve los estudios, las consecuencias negativas o posibles daños que se pueden producir en el marco de la aplicación de estas medidas dependen de un gran número de variables: las características concretas de la persona a la que se le aplica la medida, las condiciones en que se aplica y el acompañamiento que se realice a la persona durante el tiempo que permanece inmovilizada; siendo este último factor imprescindible para prevenir las posibles complicaciones que puedan surgir. Si tenemos en cuenta que los estudios hasta el momento publicados han analizado las consecuencias o riesgos únicamente de las prácticas de contención o sujeción llevadas a cabo por personal sanitario, podremos hacernos una idea de los riesgos, tanto para la integridad física como psicológica de las personas presas, que

3 Citado en Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la fiscalía general del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. BOE-A-2022-2221 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221 (consultado el 10.06.23).

puede llegar a suponer la aplicación de esta medida por parte de personal de seguridad o régimen interno de los establecimientos penitenciarios, tal y como ocurre en el caso de las contenciones mecánicas de tipo regimental.

En cualquier caso, como nos recuerda Rubio (2017), el argumento principal ante la posible prescripción de una contención no está en sus riesgos físicos que, aunque pueden existir y, en ocasiones, ser muy graves, parecen ser poco frecuentes en relación con la prevalencia. El problema principal de su utilización radica en que afecta no solo a la libertad de las personas, sino también a la dignidad y la autoestima personal; y esto no es cuestión de probabilidad, sino que está presente siempre en todas las modalidades del procedimiento.

Además, como se explicará con detenimiento a lo largo del informe, la contención mecánica no cuenta con una verdadera cobertura legal, ya que su regulación se encuentra recogida en actos puramente administrativos. La posibilidad de regular aspectos esenciales de la vida intramuros por medio de actos que responden al gobierno y a la Administración penitenciaria, y que, por ende, no necesitan de todas las garantías requeridas por los actos legislativos, responde a la aceptación por parte de la doctrina mayoritaria española de la inclusión de la relación entre recluso y Administración penitenciaria en la categoría de las “relaciones de especial sujeción” (cfr. Prieto Álvarez, 2009), entendiendo por tales:

Las relaciones jurídico-administrativas caracterizadas por una duradera y efectiva inserción del administrado en la esfera organizativa de la Administración, a resultas de la cual queda sometido a un régimen jurídico peculiar que se traduce en un especial tratamiento de la libertad y de los derechos fundamentales, así como de sus instituciones de garantías, de forma adecuada a los fines típicos de cada relación (López Benítez, 1994, pp. 161-162).

Si bien la teorización de la relación de especial sujeción tiene su cuna en Alemania, su entrada en el sistema penitenciario español tuvo lugar en los años 60 de la mano de Gallego Anabitarte (1961). El TC acoge dicha teoría:

Es claro que el interno en un centro penitenciario está, respecto a la Administración, en una relación de sujeción especial de la cual deriva para aquella una potestad sancionadora disciplinaria (STC 74/1985, 8 de junio).

Retomando la jurisprudencia del TC, Solar Calvo (2019) evidencia cómo los ámbitos penitenciarios que más se ven afectados por las consecuencias de la relación especial son: el sistema disciplinario, el art. 75 RP y, en particular, el régimen FIES; es decir, algunos entre los principales supuestos de confinamiento en solitario. A este listado le falta, seguramente, el medio coercitivo de la contención mecánica. La justificación en base a la cual se otorga dicha potestad a la Administración penitenciaria, sacrificando el principio de legalidad, descansa en razones de tipo operativo, de eficacia y eficiencia de la Administración, que mediante actos administrativos puede gestionar de manera más célere y pragmática la vida de la comunidad penitenciaria, acentuando las exigencias de orden a costa de los derechos de las personas presas.

Por dichas razones (y otras, como se verá a continuación), estamos hablando de uno de los supuestos en los cuales el poder institucional se intensifica aún más a través de una privación de libertad añadida para la persona presa. Entender cuáles son los derechos que se ven afectados por la inmovilización, qué tipo de impacto produce en las personas presas, y por qué se sigue recurriendo a dicha práctica en las prisiones del Estado español, son solamente algunas de las inquietudes que han motivado este estudio.

Comprender por qué en el Estado español se sigue utilizando este medio coercitivo tan aflictivo nos puede ayudar a entender mejor el modelo de sistema penitenciario (o los modelos) operativo en las prisiones de todo el territorio nacional. Estamos convencidos de que un estudio sobre una de las prácticas en la cual el simbolismo del poder de la institución se materializa en una forma tan intensa, nos puede llegar a decir mucho, incluso sobre la sociedad que legitima este modelo penitenciario.

La realización de un diagnóstico acerca de la aplicación de la práctica de la contención mecánica en las cárceles españolas desde una perspectiva de los derechos humanos, más allá de indagar el nivel de implementación de las recomendaciones de los organismos de defensa de los derechos humanos (como se explicará más adelante de manera más detallada), nos brinda la oportunidad de abrir una reflexión más amplia, acerca de las prácticas formales e informales que gobiernan las prisiones y de los derechos que estamos dispuestos a sacrificar en nombre del orden penitenciario.

02

“ESTRATEGIAS DE APOYO AL MNP DE ESPAÑA EN EL MONITOREO DE LA APLICACIÓN DEL MEDIO COERCITIVO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LAS PRISIONES DEL ESPAÑA”: UN PROYECTO FINANCIADO POR EL FONDO ESPECIAL OPCAT

Los puntos críticos que presenta la sujeción mecánica han sido reiteradamente evidenciados por los principales organismos internacionales de defensa de los derechos humanos de las personas presas. El Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes (SPT) de Naciones Unidas se ha pronunciado de manera clara sobre la materia, tras su primera visita a las cárceles españolas en 2017⁴.

La existencia de mecanismos de control dotados del mandato para realizar inspecciones en los espacios de encierro, como el SPT “son unos de los medios más efectivos para prevenir la tortura [...] por un lado, las visitas tienen carácter disuasivo y, por otro, permiten a expertos independientes examinar en forma directa el trato brindado a las personas privadas de libertad” (Asociación para la Prevención de la Tortura, citado en OSPDH, 2008, p. 53).

Precisamente, el SPT fue creado en 2002 por la Asamblea General ONU por medio de la adopción del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT)⁵; y su objetivo consiste en fomentar la prevención de todas las formas de tortura. Para ello, el Protocolo creó el Subcomité, el cual puede realizar visitas sin previo aviso a cualquier lugar de detención en el territorio de un Estado parte del Protocolo. Además, los Estados partes, en el plazo de un año tras la ratificación del documento, deben establecer organismos nacionales que también realicen visitas a los lugares de privación de libertad, como se especifica expresamente en dicho Protocolo. Dichos organismos son conocidos como *Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura* (MNP) (Palma, en Rivera Beiras & Bergalli, 2006, p. 87; Gerez Czitrom, *ivi*, pp. 99 y ss.).

Por lo que concierne a España, las competencias del MNP han sido atribuidas por parte de las Cortes Generales, a través de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, a través de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, al Defensor del Pueblo.

⁴ Se reenvía al Capítulo 1.

⁵ El texto del OPCAT puede ser consultado a través del siguiente enlace: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/opcat.aspx> (consultado el 04.08.23)

La actuación del Mecanismo Nacional de Prevención español es fundamentalmente preventiva, y se traduce, esencialmente, en:

- Realización de inspecciones regulares, no anunciadas, a centros de privación de libertad, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1 y 19 a) del OPCAT.
- Realización de actas de inspección e informes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 OPCAT.
- Realización de recomendaciones a las autoridades, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19 b) del OPCAT.
- Realización de propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la materia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19. c) del OPCAT.

El MNP recoge anualmente su actividad en un informe que presenta ante las Cortes Generales y ante el SPT⁶. Como se verá más adelante, precisamente el contenido de estos informes ha sido una fuente imprescindible para el desarrollo de este estudio, y para el intento de alcanzar el objetivo principal de la investigación.

En 2011, en virtud del art. 26 OPCAT⁷, se creó el Fondo Especial OPCAT, que tiene como objetivo financiar proyectos que, por un lado, ayuden en la implementación de las recomendaciones formuladas por el SPT, y, por otro, apoyen al MNP en un determinado país. El presente informe ha sido realizado en el marco del citado proyecto, y representa el producto principal del mismo.

03 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El **objetivo general** del proyecto en examen, *Estrategias de apoyo al MNP de España en el monitoreo de la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica regimental en las prisiones del España*, consiste precisamente en verificar el nivel de implementación de las recomendaciones internacionales sobre la aplicación de las contenciones mecánicas (con especial atención a aquellas formuladas por el SPT) y de la *Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas* (2017) elaborada por el MNP. Este es también el objetivo general del informe en cuestión.

Como se intuye del título del proyecto, se prestará particular atención a las contenciones mecánicas de tipo regimental; es decir, aquellas aplicadas por parte del personal de vigilancia en un entorno penitenciario, debido a que las posibles vulneraciones de derechos de las personas presas se hacen aún más evidentes en comparación con las contenciones de tipo sanitario. Sin embargo, nos detendremos más adelante sobre esta doble tipología y sus implicaciones.

⁶ Véase <https://www.defensordelpueblo.es/mnp/defensor-mnp/> (consultado el 18.08.23).

⁷ Art. 26 OPCAT: “1. Se creará un Fondo Especial con arreglo a los procedimientos de la Asamblea General en la materia, que será administrado de conformidad con el Reglamento Financiero y Reglamentación Financiera Detallada de las Naciones Unidas, para contribuir a financiar la aplicación de las recomendaciones del Subcomité para la Prevención a un Estado Parte después de una visita, así como los programas de educación de los mecanismos nacionales de prevención. 2. Este Fondo Especial podrá estar financiado mediante contribuciones voluntarias de los gobiernos, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y otras entidades privadas o públicas”.

Por lo que concierne a los **objetivos específicos** de la investigación aquí presentada, encontramos:

- La realización de un diagnóstico de la aplicación de la práctica de la contención mecánica en las cárceles españolas desde una perspectiva de los derechos humanos.
- La visibilización de la violencia institucional carcelaria y las posibles vulneraciones de derechos humanos padecidas por las personas reclusas, en el contexto de las inmovilizaciones.
- El análisis crítico de las posiciones de todos los actores que se ven implicados, directa o indirectamente, en el ámbito penitenciario, y, de manera específica, en la aplicación de las sujeciones mecánicas.
- La formulación de recomendaciones de soporte a aquellas ya formuladas por el SPT y el MNP.

En cuanto a la **óptica teórica** adoptada, las referencias teóricas y disciplinares que han orientado el presente trabajo se inscriben en el marco teórico resultante del entrelazamiento de la sociología del derecho (o sociología jurídico penal) y el paradigma de los derechos humanos.

El sistema penitenciario, debido a sus características y a sus peculiaridades intrínsecas, no puede analizarse simplemente desde la óptica del derecho penal o del derecho penitenciario o de la ejecución penal, disciplinas que se estancan en el estudio, en ocasiones estéril, de la formalidad jurídica. Ante ello, deviene imprescindible recurrir a categorías analíticas diferentes, dotadas de capacidad para ir más allá de las categorías jurídicas establecidas para regular un determinado fenómeno, en este caso, penitenciario. De hecho, el verdadero ámbito privilegiado de análisis de la sociología jurídica es precisamente la cárcel, en cuanto elemento constitutivo del “sistema penal dinámico” (Bergalli, 1998, pp. 42-54 y 325-347).

La sociología del derecho, por tanto, nos permiten detectar el *gap* insanable que existe entre la dimensión del *deber ser* y del *ser*, de la *cárcel legal* y la *cárcel real*, de la *cárcel in the books* e *in the facts* (Pavarini, 1998). En consecuencia, el diálogo continuo entre estas dos categorías analíticas, marcará todo el desarrollo del estudio y, por consiguiente, del informe.

En ese sentido, para poder comprender las peculiaridades de las dinámicas que se dan en el entorno penitenciario y, por ende, la autonomía de la prisión, es necesario recurrir a investigaciones de tipo cualitativo, las cuales han puesto paulatinamente de manifiesto las paradojas y contradicciones entre los criterios que legitiman la prisión y sus efectos sobre los individuos (Irwin 2005, Sbraccia & Vianello 2022). Por tanto, evocando la perspectiva formulada por Bourdieu y Wacquant (1992) de pensar la prisión en términos de “campo”, es necesario avanzar en una línea de indagación que vaya más allá de la descripción formal, para reconstruir las relaciones y tramas que sostienen el funcionamiento más general de la institución (Ferreccio & Vianello, 2015).

De cara a interpretar los datos recopilados a lo largo de la investigación, se ha optado por adoptar - en parte - la perspectiva de la microsociología (Collins, 2004, 2008) y, sobre todo, del estudio de las interacciones que se producen dentro del contexto penitenciario o, mejor dicho, en el “campo penitenciario”. La teoría del campo penitenciario puede representar una valiosa herramienta capaz de poner de manifiesto las complejas dinámicas de un mundo penitenciario que resulta ser mucho menos monolítico de lo que puede parecer o de lo que cabría esperar.

En relación con el *paradigma de los derechos humanos*, nos referimos a una lente que nos sirve para analizar lo que observamos - directa o indirectamente - en el contexto carcelario. Los derechos humanos, recogidos en los estándares y en las recomendaciones de los organismos internacionales, regionales y nacionales, considerados en su dimensión social (Bobbio, 2014, p. 67), y, por tanto, en constante evolución, se han ido asentando como un instrumento esencial de cara a aproximarse a la pena privativa de libertad y a fundamentar su legitimidad. Ello se debe a que los estándares nombrados son el resultado de reiterados procesos de observación de las condiciones materiales de vida en las prisiones y, por tanto, operan como una suerte de puente entre la dimensión del *ser* y del *deber ser*.

Por tanto, la concepción según la cual el respeto de los derechos humanos representa el límite infranqueable de cualquier tipo de pena, trato o práctica, ha representado el prisma bajo el cual se ha analizado el sistema penitenciario español y, más precisamente, el empleo de la contención mecánica.

Respecto de la **metodología** empleada para llevar a cabo la investigación, ésta se traduce en un análisis prioritariamente de tipo cualitativo - de acuerdo con la perspectiva socio-jurídica, tal y como ya se ha adelantado - que se ve integrado⁸ por datos cuantitativos de soporte, que se han considerado útiles de cara a completar el estudio.

Más precisamente, se ha llevado a cabo un análisis documental de:

- Los estudios jurídicos y socio-jurídicos acerca de la normativa reguladora de la contención mecánica, de manera específica relacionados con el contexto penitenciario español;
- Los estudios jurídicos y socio-jurídicos de los estándares de derechos humanos relativos a la práctica de la sujeción mecánica;
- Los estudios de carácter médico sobre la contención mecánica, si bien en este caso el análisis no ha podido profundizarse al igual que el análisis socio-jurídico debido a las competencias profesionales de los/as investigadores/as que han desarrollado la investigación.

En cambio, la estrategia metodológica de tipo empírico se ha centrado en el análisis crítico- discursivo de:

- Las entrevistas semiestructuradas realizadas a los responsables de las administraciones penitenciarias;
- Las entrevistas semiestructuradas a los integrantes del Equipo del MNP español;
- Las entrevistas realizadas a algunas personas privadas de libertad en las cárceles catalanas que han sido sometidas, en al menos una ocasión, a la inmovilización. Cabe señalar que dichas entrevistas han sido realizadas en el marco de la actividad del Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional (SIRECOVI) del OSPDH de la Universidad de Barcelona⁹. Estas entrevistas han sido llevadas a cabo por dos investigadores/as del Equipo SIRECOVI, algunas en el módulo de comunicaciones en un locutorio con vidrio, y otras en salas, donde ha podido darse un contacto más directo con la persona presa, nuestra interlocutora. En alguna ocasión, se han realizado en locutorios o salas del departamento de aislamiento (DERT). Dichas entrevistas nunca han

⁸ Sobre la necesidad de un “método integrado” para estudiar el ámbito penitenciario se remite a Ferrajoli in Rivera Beiras, 2023.

⁹ Se remite a <https://sirecovi.ub.edu> (consultado el 18.08.23).

sido marcadas por un límite de tiempo y han podido desarrollarse garantizando la confidencialidad de la conversación.

- Las entrevistas realizadas a algunas personas privadas de libertad en las cárceles españolas. No disponiendo de la autorización para realizar las entrevistas en persona - debido a que el SIRECOVI opera solamente en las cárceles catalanas - se han desarrollado vía carta o a través de llamadas telefónicas.
- Las respuestas a los cuestionarios proporcionados a:
 - Letrados/as del Servicio de Orientación Jurídica Penitenciaria, tanto aquellos que operan en las cárceles españolas, como en las cárceles catalanas;
 - Asociaciones comprometidas con las defensas de los derechos humanos de las personas privadas de libertad. Concretamente: Shalaketa Narroa, Red Jurídica y Oteando;
 - Trabajadores/as penitenciarios/as de la administración penitenciaria española y catalana¹⁰;
 - Los datos cuantitativos solicitados a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), a la *Secretaría de Mesures Penals y Rehabilitació i Atenció a la Víctima* (SMPRAV) y a la administración penitenciaria de Euskadi, relativos a la aplicación de las contenciones mecánicas en los últimos diez años, facilitados a través de la Ley de Transparencia¹¹.

Desde un punto de vista metodológico, es imprescindible señalar el hecho de que el estudio en cuestión sobre el tema de la contención mecánica se ha desarrollado de manera simultánea con otro proyecto encargado a la asociación OBSERVA¹², que también investiga el mismo tema. Se trata del proyecto “*Alternativas a la contención mecánica y su regulación en diversos sistemas penitenciarios europeos*”, el cual tiene como objeto realizar un estudio comparado en relación con el uso de la contención mecánica en los sistemas penitenciarios catalán, español, vasco, italiano, alemán y francés. Dicho proyecto ha sido fruto de un encargo de parte del Grupo Parlamentario Europeo Verdes/ALE, y ha sido desarrollado por parte de un equipo de investigación interdisciplinar integrado, además, por investigadores del OSPDH, y también por expertos de ámbito nacional e internacional (juristas y defensores de derechos humanos, entre ellos destaca el profesor Mauro Palma, expresidente del CPT del Consejo de Europa y ex MNP de Italia).

Debido a la coincidencia del objeto de estudio - aunque el proyecto en examen tenga una dimensión nacional y el que se acaba de nombrar presenta una perspectiva comparada - la gran mayoría de los datos recopilados (cualitativos y cuantitativos) han representado las fuentes principales de ambos proyectos. Los dos proyectos se han ido construyendo, desarrollando y redactando a la vez, por lo que, tanto parte del redactado como de las ideas de fondo, se solapan.

¹⁰ Un cuestionario *ad hoc* fue enviado también a todos los Juzgados Penitenciarios del Estado. Sin embargo, no se ha recibido respuesta por parte de ninguno.

¹¹ Ley 19/2013, del 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

¹² Véase <https://observa.cat> (consultado el 18.08.23).

04 ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe “*La contención mecánica en las prisiones españolas desde la perspectiva de los derechos humanos. Diagnóstico y recomendaciones*” se estructura en varias partes. Después de la Presentación del informe (y, en general, del estudio financiado por el Fondo Especial OPCAT) acompañada de un apartado dedicado a los agradecimientos a aquellas personas y organismos que han hecho posible el proyecto, además de una breve descripción de los autores, se encuentra el apartado introductorio. Como se ha podido ver hasta aquí, en la Introducción se abordan la justificación del estudio, los objetivos del mismo y la metodología. Pasamos a presentar ahora la estructura del informe.

El primer capítulo del informe se centra en el análisis de los estándares internacionales en relación con la contención mecánica aplicada en los centros penitenciarios. En primer lugar, se propondrá una recopilación de las contribuciones más relevantes sobre el tema de la inmovilización mecánica formuladas en el marco del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos. En particular, se analizarán las Reglas Mándelas, las Reglas de Bangkok, las recomendaciones elaboradas por el Relator Especial sobre la tortura de Naciones Unidas sobre el objeto de estudio, así como los informes del Comité contra la tortura de Naciones Unidas (CAT) y, sobre todo, del SPT.

La segunda parte del capítulo se dedica al Sistema Europeo de Protección de Derechos Humanos, prestando particular atención a las Reglas Penitenciarias Europeas, los informes de visita del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa (CPT) y, finalmente, la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) sobre la materia.

La diferenciación en cuanto a la situación en el sistema penitenciario español, catalán y vasco respecto al tema objeto de estudio será abordada en el Capítulo 2. En efecto, en el interior del Estado español, existen propiamente tres sistemas penitenciarios: el español, el catalán y el vasco.

Ello se debe a que las comunidades autónomas de Cataluña y el País Vasco tienen atribuidas las competencias ejecutivas en materia penitenciaria, a pesar de que estas se encuentren subordinadas a la competencia legislativa del Estado. Los tres sistemas comparten, pues, un mismo marco normativo que, partiendo de los preceptos establecidos en la Constitución española, se desarrolla en la Ley orgánica 1/1979 general penitenciaria (LOGP) y se concretiza en el Reglamento Penitenciario (RP) de 1996. Por tanto, se analizará dicho marco normativo compartido, para luego pasar al estudio de las realidades específicas de cada sistema. Atendiendo al objeto de estudio, se prestará especial atención a los protocolos que cada administración ha ido desarrollando para afrontar las conductas que pueden motivar la aplicación de la inmovilización, así como los recursos, tanto humanos como materiales, de los que disponen, especialmente en el ámbito de la atención a la salud mental de las personas privadas de libertad.

Dicho marco temporal ha sido escogido debido a que la visita del SPT al Estado español, a raíz de la cual el Subcomité elaboró las recomendaciones sobre el tema de la sujeción mecánica, fue realizada en 2017. En el mismo año ha sido también publicada la *Guía* del MNP, otro importante documento de referencia del estudio encargado por el Fondo OPCAT.

El tercer Capítulo es enteramente dedicado al MNP español. Por un lado, se describirán sus funciones y el impacto producido por su actividad y, por otro, se propondrá una síntesis de los informes anuales publicados a partir de 2017,

juntamente con algunas fichas de visitas a los centros penitenciarios. De cara a proponer un análisis lo más completo posible respecto de la postura del MNP sobre el tema de las sujeciones mecánicas, la síntesis de los informes está integrada por la presentación de los informes ante las Cortes Generales y el contenido de dos entrevistas llevadas a cabo con Fernando Herrero Campos, actual Director de la Unidad del MNP, y algunos integrantes de la unidad.

Verdadero punto focal del informe es el análisis de la *Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas*, publicada en 2017 por el MNP, la cual, como se verá a continuación, ha representado una importante fuente de inspiración para la regulación - de carácter administrativo - de la aplicación de la sujeción mecánica en el marco del sistema penitenciario español y catalán.

En el Capítulo 4 se expone una panorámica cuantitativa sobre el empleo de la medida de contención mecánica en las cárceles dependientes de la Administración General del Estado, y de las Administraciones catalana y vasca, desde 2017 hasta 2022. Dicho marco temporal ha sido escogido debido a que la visita del SPT al Estado español, a raíz de la cual el Subcomité elaboró las recomendaciones sobre la cuestión de la sujeción mecánica, fue realizada en 2017. En el mismo año fue también publicada la *Guía* del MNP, otro importante documento de referencia del estudio encargado por el Fondo OPCAT. Como se verá, se ha incluido también un apartado sobre las tendencias, por lo que concierne a la aplicación de sujeciones mecánicas durante los primeros 9 meses de 2023.

En relación con los datos relativos a la administración vasca, cabe advertir que el análisis llevado a cabo es mucho más reducido en comparación con las otras dos administraciones, debido a su reciente creación. Asimismo, cabe señalar que la Administración catalana ha sido la que nos ha proporcionado datos más exhaustivos y completos, los cuales nos han permitido entender dicho fenómeno de manera más profunda.

El último Capítulo (el número 5) recoge los principales resultados del trabajo empírico; el objetivo de esta parte del informe consiste en dar cuenta de la opinión de los principales *stakeholders* del ámbito penitenciario en relación con el medio coercitivo de la contención mecánica.

El análisis ha pretendido aproximarse a las percepciones de los/as trabajadores/as de las tres administraciones. En particular, a través de un estudio de campo, se ha querido conocer y analizar las opiniones y valoraciones de los y las responsables de cada una de estas administraciones, así como de los responsables de sus centros penitenciarios, respecto al uso que se realiza de estas medidas en sus espacios de trabajo. Por ello, se han llevado a cabo entrevistas a los responsables de las tres administraciones, y se han distribuido cuestionarios entre los/las responsables de los diversos centros penitenciarios, cuyo contenido y principales resultados serán descritos y analizados en los epígrafes siguientes. Asimismo, a lo largo del capítulo se discutirán las posturas de miembros de asociaciones que trabajan en el ámbito penitenciario, desde distintas posiciones, así como la respuesta a los cuestionarios de los/as letrados/as del SOJP.

El informe terminará con un apartado conclusivo, en el cual se presentarán las reflexiones finales acerca del nivel de la conformidad de la práctica de la contención mecánica en las cárceles de todo el Estado con el paradigma de los derechos humanos y, especialmente, con las recomendaciones formuladas por el SPT y el MNP.

Se tratará de comprender cuáles son los elementos que determinan el empleo de la práctica de la contención mecánica y las variables que condicionan su aplicación. Asimismo, se tratará de definir en qué posición se sitúa la inmovilización entre el paradigma de la cura y el paradigma del control, y de verificar si el tipo de cultura profesional de los operadores penitenciarios influye en la dimensión del fenómeno.

Por último, a partir de los resultados de la investigación llevada a cabo sobre la práctica de la contención mecánica, se tratará de extrapolar una serie de reflexiones generales acerca del modelo penitenciario español, de cara a comprender mejor la dicotomía existente entre sus principios proclamados y las exigencias materiales que rigen la praxis. Sobre dicha base, se propondrán recomendaciones en aras de reforzar el nivel de cumplimiento de las recomendaciones y, sobre todo, de garantizar de manera efectiva, más allá de la formalidad jurídica, el respeto de los derechos humanos y de la dignidad de todas las personas presas.

01

Estándares
internacionales en
relación al uso de
las contenciones
mecánicas en prisión

Según el filósofo italiano Norberto Bobbio:

El lenguaje de los derechos tiene, sin duda, una gran función práctica, que es la de dar especial fuerza a las reivindicaciones de aquellos movimientos que exigen la satisfacción de nuevas necesidades materiales y morales para ellos y para los demás, pero se vuelve engañoso si oscurece y oculta la diferencia entre el derecho reclamado y el derecho reconocido y protegido (2014, p. XX).

La concepción historicista del paradigma de los derechos humanos teorizada por Bobbio representa una contribución determinante del marco teórico del presente estudio. La convicción por la cual los derechos humanos sean un fenómeno social (*ivi*, p. 67) conlleva el progresivo reconocimiento de nuevos derechos humanos, en el marco del “proceso de multiplicación y especificación” de los mismos (Bobbio en Treves & Ferrari, 1989, pp. 9 y 15). El debate acerca de un posible reconocimiento del derecho a no ser sometido/a al medio coercitivo de la contención mecánica en prisión debe ser planteado en una sociedad democrática del siglo XXI como es la del Estado español.

En esta sede nos limitamos, a través del análisis del paradigma de los derechos humanos en el ámbito de privación de libertad, a tratar de verificar el nivel de adecuación, tanto de la regulación (*deber ser*) como de la aplicación práctica (*ser*), del medio coercitivo en examen con los principales estándares internacionales sobre la materia.

El presente capítulo, por tanto, tiene como objetivo la exposición de la normativa y las recomendaciones formuladas por los diversos organismos supraestatales en el ámbito del derecho internacional, tanto a nivel global como a nivel europeo, en relación con la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en prisión.

Si bien es cierto que el uso de la fuerza mínima indispensable por parte del personal penitenciario está legítimamente previsto en supuestos excepcionales en aras de garantizar la seguridad del establecimiento penitenciario, la contención mecánica es una práctica altamente invasiva, que supone un elevado riesgo para la salud física y mental de las personas contra las que se ejerce, por lo que puede fácilmente derivar en malos tratos hacia las personas privadas de libertad. Este conflicto entre la necesidad del uso de la fuerza para el mantenimiento de la seguridad en el establecimiento y la defensa de la integridad, tanto física como mental, de los presos, será una de las principales contradicciones en la concepción de dicha medida de contención.

En referencia a la nomenclatura que desde el derecho internacional de los derechos humanos se ha ido empleando para referirse a este tipo de medidas, es oportuno formular algunas puntualizaciones. En la mayoría de los textos normativos dictados desde el derecho internacional se emplean términos como medidas de uso de la fuerza o el recurso de la fuerza (Principios básicos sobre el uso de la fuerza y Armas de fuego, Código de Conducta de las para los funcionarios encargados del Cumplimiento de la Ley y Reglas Penitenciarias Europeas) para hacer referencia a los métodos coercitivos en contextos penitenciarios. En otros textos como las Reglas Mandela, o en los Principios de ética médica, la terminología empleada para referirse a los medios coercitivos no emplea el término “fuerza”, y se refiere a este tipo de métodos como “instrumentos de coerción física” (en las Reglas Mandela) o “procedimiento coercitivo” (en los principios de ética médica). En lo relativo al recurso concreto de las medidas de contención mecánica, únicamente las Reglas Peniten-

ciarias Europeas hacen mención expresa a las mismas, utilizando el término “medios de inmovilización” para referirse a dichas medidas. Debemos, por tanto, dirigirnos a los textos publicados por los mecanismos de control y garantía, como el CPT o el Relator Especial sobre la Tortura de Naciones Unidas, para encontrar referencias más explícitas a dicho método coercitivo. Como se irá viendo, los términos “medidas” o “medios de contención” o “de sujeción”, “contención física” o “inmovilización” se usan de forma indistinta para referirse a este tipo de prácticas.

A lo largo del presente Capítulo se analizarán los estándares internacionales en materia de contención mecánicas en el marco del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos de Naciones Unidas, prestando particular atención a las recomendaciones del SPT. Seguidamente, se abordará el Sistema Europeo de Protección de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Dichos estándares internacionales constituirán las referencias principales que orientarán toda la investigación.

02

LA PRÁCTICA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes fue adoptada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1984 entrando en vigor el 27 de junio de 1987¹³. El artículo 1 define el concepto de tortura como, esencialmente, todo acto que inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales. Para que un acto se considere constitutivo de tortura, es necesaria la calificación subjetiva del autor, que debe ser un funcionario público o una persona que realice el acto en el ejercicio de una función pública, incluso si es instigado por un superior o muestra su aquiescencia a dicha orden¹⁴. Las características de la tipificación internacional del delito de tortura son las siguientes: es un delito pluri-ofensivo (ya que ataca a una pluralidad de bienes protegidos por el derecho penal, como la vida, la dignidad, el honor), un delito de resultado (ya que consiste en infligir sufrimientos “graves” a una persona) y, finalmente, un delito doloso (De la Cuesta Arzamendi, 1990, pp. 23-30).

El ex Relator Especial sobre la Tortura de la ONU, Manfred Nowak, de cara a interpretar correctamente la norma en cuestión, resalta la necesidad de identificar cuatro criterios acumulativos. Es decir, para que un acto sea constitutivo de tortura, debe infligir dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales; ellos deben ser infligidos por parte de un funcionario público o a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia; deben recaer sobre una persona indefensa bajo la custodia o el control directo del autor; con la intención y con un propósito específico, como la obtención de una confesión o información, intimidación, castigo, coacción o discriminación (Nowak, 2012, p. 348). Según Nowak, si el elemento de dolor o sufrimiento grave está presente junto con el del funcionario público, pero falta uno de los otros elementos, el acto puede caer bajo la definición de trato o castigo cruel o inhumano: “el criterio de distinción entre la tortura, por un lado, y los tratos crueles o inhumanos, por otro, no es, según la mayoría de los autores y organismos de control, la gravedad del dolor, sino la intención, el propósito y la impotencia de la víctima” (*ivi*, pp. 347-349). Nowak añade que “un trato o castigo degradante no alcanza el mismo umbral de dolor o sufrimiento grave, sino que requiere un trato especialmente humillante” (*ibi dem*).

La Convención ha creado un Comité contra la Tortura (CAT) compuesto por 10 miembros que ejercen su cargo durante cuatro años. Los Estados deben pre-

¹³ España la ratificó mediante su publicación en el BOE nº 268, el 9 de noviembre de 1987.

¹⁴ Para profundizar sobre el tema de la tortura véase Rivera Beiras & Bergalli, 2006.

sentar informes periódicos al CAT sobre las medidas que han adoptado para aplicar la Convención, y el CAT está capacitado para formular observaciones al respecto y, en particular, puede realizar investigaciones sobre la tortura sistemática cometida en un Estado parte de la Convención. Los resultados de las investigaciones se publican en el informe anual que el CAT presentará a la Asamblea General de la ONU y a los distintos Estados (Rivera Beiras, 1992, pp. 52 y ss.). En el apartado siguiente se analizarán los pronunciamientos del CAT sobre la aplicación de la sujeción mecánica en el contexto de las prisiones del Estado español.

Sin duda, en el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos, el principal texto de referencia en materia de privación de libertad es representado por las Reglas Mínimas sobre el tratamiento de los reclusos (2015), más comúnmente conocidas como Reglas Mandela.

Las Reglas Mandela establecen, que bajo ningún concepto, se utilizarán los medios de coerción física como sanción disciplinaria, y que solo podrán ser utilizados cuando la ley lo autorice y bajo los siguientes supuestos: a) como medida de precaución contra la evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en el momento en que el recluso comparezca ante una autoridad judicial o administrativa; b) por orden del director del establecimiento penitenciario, si han fracasado los demás métodos de control, a fin de impedir que el recluso se lesione a sí mismo o lesione a terceros, o que produzca daños materiales, en cuyos casos el director deberá alertar inmediatamente al médico u otros profesionales de la salud competentes e informar a la autoridad administrativa superior (Regla 43.2).

A su vez se establecen los principios bajo los que pueden utilizarse los medios coercitivos, y que tienen que ver con los principios de (a) excepcionalidad, (b) proporcionalidad y (c) temporalidad, especificados en la Regla 48.2: a) emplear instrumentos de coerción física únicamente cuando ninguna otra forma menor de control resulte eficaz frente a los riesgos que entrañaría la libre movilidad; b) optar por el menos invasivo de los métodos de coerción física que sean necesarios para controlar la movilidad del recluso, y que puedan aplicarse razonablemente en función del nivel y la naturaleza de los riesgos en cuestión; c) aplicar instrumentos de coerción física únicamente durante el tiempo necesario, y retirarlos lo antes posible una vez que desaparezcan los riesgos planteados por la libre movilidad.

En la Regla 49 se hace hincapié en la necesidad de aplicar técnicas de control alternativas y menos invasivas. En esta línea, en la Regla 75 se señala la importancia de la capacitación de todo el personal penitenciario a través de cursos de formación y, concretamente, al tema que nos ocupa en la Regla 76.1, cuando se hace referencia a la formación en seguridad, destacando el uso de técnicas preventivas y de distensión, como la negociación y la mediación. Las Reglas Mandela no hacen mención a cuáles son estos “instrumentos de coerción”, aunque sí se especifica en la Regla 47 la prohibición de cadenas, grilletes u otros instrumentos de coerción física que por su naturaleza sean degradantes o causen dolor, sin entrar en más detalle al respecto.

Por otro lado, los Principios básicos de Naciones Unidas sobre el uso de la fuerza y Armas de fuego por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (1990) también hacen alusión al uso de medios coercitivos, teniendo en cuenta, de nuevo, los principios de: excepcionalidad, que establece que se podrá hacer uso de la fuerza cuando otros métodos resulten ineficaces (principio 4), y proporcionalidad, teniendo en cuenta la gravedad del hecho (principio 5.a).

Otro tema de especial interés es el rol del personal médico en el empleo de los medios coercitivos, el cual también ha sido contemplado en la normativa internacional. Los estándares desarrollados sobre la ética médica (Principio 5 de los Principios de Ética Médica Relativos a la Función del Personal de Salud, en particular los Médicos, 1982) prohíben que el personal de salud participe en cualquier procedimiento coercitivo a un preso o detenido, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental, o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido. Las Reglas Mandela también reflejan este principio al subrayar, en su Regla 46, que el personal sanitario no debe desempeñar ningún papel en la imposición de medidas disciplinarias u otras medidas restrictivas.

A pesar de que la normativa mencionada anteriormente se aplica a todas las personas privadas de libertad sin discriminación, estas pueden no hacer suficiente hincapié en las mujeres privadas de libertad, consideradas uno de los colectivos más vulnerables por sus necesidades y circunstancias específicas, así como por el carácter patriarcal de los establecimientos penitenciarios. La cárcel ha sido pensada y creada por y para los hombres, por lo que frecuentemente no se tienen en consideración las particularidades de las mujeres, dejando de lado sus necesidades y problemáticas concretas (Martin, 2015). Las mujeres suelen vivir situaciones de encierro más complicadas que las de los hombres, añadiendo más discriminación e intensificando las desigualdades de género ya existentes en la propia sociedad (Almeda, 2007). Las Reglas de Bangkok (2010) se desarrollan precisamente por la necesidad de crear unos estándares específicos para mujeres. Estas no sustituyen las Reglas mencionadas anteriormente, sino que aclaran o amplían las disposiciones ya existentes. En relación a los medios de coerción, retomando la Regla Mandela 48.2, según las Reglas Bangkok “no se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que estén por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior” (Regla 24).

2.1 Recomendaciones y observaciones de los organismos de control y garantía de ámbito universal al Estado Español

Por su parte, el Relator Especial, en consonancia con los principios de excepcionalidad, proporcionalidad y temporalidad, afirma que el empleo de la fuerza física que no esté auténticamente justificado por la conducta del detenido, puede constituir tortura u otra forma de malos tratos (E/CN.4/2004/56 § 44). En relación al tipo de material específico que puede emplearse, el Relator refiere que “El uso legítimo de ciertos tipos de esos equipos, en particular algunos medios de inmovilización (como las esposas) y dispositivos cinéticos y químicos, está reconocido en una serie de circunstancias apropiadas. El Relator Especial señala que, a menudo, pueden constituir alternativas no letales a otros dispositivos de seguridad. No obstante, se alega que también se ha hecho un uso indebido de ellos -a veces debido a la falta de formación adecuada- o se han utilizado intencionadamente para infligir torturas y otras formas de malos tratos. Por otra parte, se cree que otros tipos de equipos son intrínsecamente crueles, inhumanos o degradantes, y que su uso infringiría necesariamente la prohibición de la tortura y otras formas de malos tratos” (E/CN.4/2003/69 § 7).

Respecto del CAT, en las observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España en el 2015 (CAT/C/ESP/CO/6), el Comité de Naciones Unidas recomienda reforzar y ampliar los programas de capacitación de los funcionarios públicos. Respecto al tema que nos compete, señala la necesidad de una capacitación sobre el uso de la fuerza de forma adecuada, y de manera excepcional y proporcionada, así como de una capacitación específica sobre

la detección de indicios de tortura y malos tratos. El CAT también recomienda que el Protocolo de Estambul forme parte de la capacitación del personal médico y sanitario (§23).

En las observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de España (CAT/C/ESP/CO/R.7), el CAT muestra su preocupación por el uso de la medicación forzosa durante la aplicación de medidas de inmovilización física, así como la aplicación de estas medidas a personas con discapacidad intelectual o psicosocial, y a personas con tendencias suicidas y/o autolesivas (§ 19). En dicho informe, el CAT insta al Estado español a revisar su normativa en materia de contención mecánica por motivos regimentales con el horizonte de abolir esta práctica (§ 20).

Para terminar el *excursus* relativo al CAT, cabe señalar que varias organizaciones de la sociedad civil del Estado español por la defensa de los derechos humanos han presentado en julio del 2023 un informe para el CAT con motivo del séptimo informe, donde recomiendan eliminar normativamente la posibilidad de las contenciones mecánicas, tal y como se ha hecho en el ámbito de la justicia penal de menores en el estado español. Estas organizaciones de defensa de los derechos humanos argumentan que las contenciones mecánicas, especialmente las de carácter regimental, constituyen una vulneración del principio constitucional de legalidad y reserva de ley. Constituyen una fuente de malos tratos, un riesgo para la salud y una fuente de sufrimiento psicológico severo, constituyendo su uso regimental o punitivo una forma de trato cruel, inhumano o degradante (Informe Sombra, 2023, pág.43).

Otro organismo clave en el marco del Sistema Universal de Protección de Derechos es el Subcomité para la Prevención de la Tortura de las Naciones Unidas (SPT), el cual tiene el mandato de visitar a todos los Estados parte del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT). España ratificó el OPCAT en 2006. Así, el SPT realizó su primera visita al Estado español del 15 al 26 de octubre del 2017, donde mantuvo reuniones con autoridades, sociedad civil y personas privadas de libertad visitando 31 lugares de privación de la libertad, en concreto 8 establecimientos penitenciarios¹⁵, de distintas ciudades del estado. Tras su visita, el SPT publicaba un informe dirigido al Gobierno español (CAT/OP/ESP/1), en el que insistía en la necesidad de reducir la aplicación de las contenciones mecánicas. Durante su visita, el Subcomité pudo constatar, por un lado, que la forma con la cual se aplican los medios coercitivos y, en particular, las contenciones mecánicas, difieren de un centro a otro (§ 20) y que se recurre con cierta frecuencia al uso de las contenciones mecánicas y otros medios coercitivos (§21). En consonancia con dichas observaciones, y siguiendo los principios de aplicación anteriormente mencionados, el SPT realizó las siguientes recomendaciones que, como se ha mencionado anteriormente, son la fuente principal que justifica este proyecto:

- Recomienda al estado parte que, siguiendo las Reglas 47 y 48 de las Reglas Mínimas, las medidas coercitivas se utilicen de forma excepcional, como último recurso y cuando no haya alternativas, y de una manera que respete los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad (§22).
- Insta al Estado parte a adoptar las medidas necesarias para asegurar una supervisión médica permanente diaria mientras dure la aplicación de estas medidas y para que el tiempo de aplicación sea de pocas horas (§22).

¹⁵ Centro Penitenciario Soto del Real (Madrid), Centro Penitenciario de Picassent (Valencia), Centro Penitenciario de Melilla (Melilla), Centro Penitenciario Basauri (Bilbao), Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre (Málaga), Centro Penitenciario de San Sebastián, Centro Penitenciario de Puerto I (Cádiz), Centro Penitenciario de Puerto II (Cádiz)

- Recomienda al Estado parte que asegure que las contenciones mecánicas no sean utilizadas como castigo para las personas privadas de libertad que están en riesgo de suicidio (§ 22).
- Considera que antes de optar por la aplicación de la contención mecánica debe realizarse una buena prevención en la etapa primaria, a través de un programa específico para cada persona, y secundaria, a través de la realización de una detección precoz de situaciones de crisis con potencial riesgo de conductas disruptivas (§21).
- Recomienda al Estado parte continuar sus esfuerzos por llevar un registro adecuado de la aplicación de medios coercitivos. El registro debería incluir información sobre las circunstancias que fundamentan la decisión de su aplicación, el funcionario que realiza la contención, así como la hora de inicio y finalización de la medida (§23).
- El Subcomité recomienda, de conformidad con la regla 49 de las Reglas Nelson Mandela, la divulgación y capacitación a las personas encargadas de aplicar estas medidas, y que se tome en cuenta la Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas del mecanismo nacional de prevención (§24).

03 LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA EUROPEO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PRISIÓN

En Europa existen dos niveles de protección de derechos. El primer nivel, *ex post*, de carácter jurisdiccional, que corresponde al TEDH, el cual, efectivamente, fue el primer mecanismo de protección de derechos humanos creado en el seno de la actividad del Consejo de Europa como mecanismo de tipo reactivo ante la ya producida vulneración de derecho. Sin embargo, la insuficiencia de esta tipología de protección ofrecida solamente *ex post*, es decir, una vez vulnerado el derecho, fomentó la conciencia de la necesidad de introducción de un organismo con funciones preventivas (*control ex ante*). Se trata del CPT, cuya misión consiste en examinar el trato dado a las personas privadas de libertad con miras a reforzar su protección contra la tortura y las penas o tratos inhumanos y degradantes a través de la elaboración de recomendaciones dirigidas a los Estados parte.

De esta manera, progresivamente, el sistema de control del cumplimiento de las obligaciones que deriva de los convenios internacionales se ha ido articulando según el paradigma de las recomendaciones y de los estándares internacionales. Es decir, se compone de aquellas indicaciones que, si bien carecen de una fuerza vinculante directa, contribuyen a la construcción de un sistema de *soft law* que ha llegado a complementar en los ordenamientos europeos el sistema tradicional de *hard law* (Palma, 2017, p. 4).

En 1987, mismo año en el cual fue creado el CPT, el Comité de Ministros del Consejo de Europa, por medio de la Recomendación R (87) 3, adoptó otro texto fundamental para la tutela de los derechos de las personas privadas de libertad: las Reglas Penitenciarias Europeas, las cuales fueron objeto de revisión y modificación en un primer momento en 2006 y, posteriormente, en 2020.

Tanto la jurisprudencia del TEDH, como las RPE y las recomendaciones del CPT en materia de contenciones mecánicas, nos aportan información que se puede categorizar en diversas temáticas; los motivos por los que pueden justificar la aplicación de la medida restrictiva, el método o procedimientos que se deberán seguir y las herramientas para la ejecución de la contención. Además, el sistema y exigencias de registro del procedimiento de restricción

aparecen en numerosas referencias, así como la necesidad de disponer de un equipo de funcionarios, tanto de seguridad como médicos, formados en los procedimientos y habilidades más adecuados, juntamente con categorías de sujetos excluidos de la aplicación de la inmovilización.

Ante todo, es relevante tener en cuenta que la jurisprudencia del TEDH (Julín v. Estonia, 2012), en conformidad con el principio de legalidad, considera de especial relevancia la necesidad de una legislación local que sea precisa en las causalidades, procedimientos y prácticas de las contenciones mecánicas. Debido a la propia naturaleza del procedimiento restrictivo, es importante que vengan explicitados y acotados los tres factores anteriores con la mayor rigurosidad posible, con el fin de evitar subjetividades y decisiones al arbitrio de los funcionarios. Por otro lado, no solo es necesario que exista una legislación local, sino que la dirección de las instituciones penitenciarias se comprometa en el desarrollo de una dinámica de actuaciones que se adecúen a las normas.

El CPT expone que, para la consecución de la dinámica descrita la dirección de cada prisión, se debe demostrar: una mayor vigilancia en este ámbito, asegurando la presencia regular de los directores de las prisiones en las zonas de detención, su contacto directo con las personas presas, la investigación de las quejas presentadas por las personas presas y la mejora de la formación del personal penitenciario (CPT/Inf (2021) 27), además de implementar un mayor control de la dirección en las actuaciones de los funcionarios.

Asimismo, “las denuncias de malos tratos, así como cualquier otra información creíble indicativa de malos tratos, deben remitirse inmediatamente al juzgado de guardia correspondiente y ser objeto de una investigación efectiva (CPT/Inf (2021) 27)”. En ese sentido, el CPT hace especial referencia a la importancia del uso de los juzgados como herramienta de control, y considera que “es particularmente importante que el juez de control examine de cerca el uso de medios de coerción y el proceso disciplinario” (CPT/Inf (2011) 11). Además, dicho examen se deberá constituir como un procedimiento marcado por una continuidad de “visitas periódicas a las unidades donde se llevan a cabo tales medidas, y con contacto directo con los reclusos y el personal penitenciario interesado” (CPT/Inf (2011) 11), en contraposición al modelo de control burocrático que carece de una presencia judicial cercana en el establecimiento penitenciario, tanto por el factor de la presencia física como en relación al contacto directo con los privados de libertad.

Por otro lado, la RPE 65 recomienda el uso de una normativa penitenciaria que incluya un procedimiento detallado sobre el uso de la fuerza, el cual debe explicitar: a. los diversos tipos de recurso a la fuerza previstos; b. las circunstancias en las que se autoriza cada tipo de recurso a la fuerza; c. los miembros del personal que están habilitados para aplicar uno u otro tipo de recurso a la fuerza; d. el nivel de autoridad requerido para decidir recurrir a la fuerza, y en los informes que habrá que redactar después de haber recurrido a la fuerza.

En definitiva, los diversos organismos orientan sus recomendaciones hacia la necesidad de que la normativa penitenciaria recoja una regulación estricta, completa y concreta sobre el procedimiento de aplicación de las contenciones mecánicas en prisión en aras de garantizar el principio de legalidad, de proporcionalidad y de temporalidad.

3.1 Supuestos de aplicación de la contención mecánica

Las situaciones en las que se puede llevar a cabo la contención mecánica y la justificación para su uso responderán, en primer lugar, a la concepción de esta práctica como herramienta de último recurso. Según la RPE 68.1 “los medios de inmovilización sólo se podrán utilizar en casos autorizados por la ley, y cuando ninguna otra forma de control menos restrictiva reduzca los riesgos presentados por un preso”. Por otro lado, en el informe CPT/Inf (2013) 6 se indica la necesidad de que la contención debe “emplearse exclusivamente como último recurso para evitar el riesgo de que el recluso se provoque lesiones o haga daño a terceros y sólo cuando otras opciones válidas no hayan conseguido el resultado esperado en relación con la evitación de estos peligros”.

Ante esta misma justificación, se recoge en la RPE 68.4 la permisividad del uso de las herramientas de contención; si bien “el uso de esposas, camisas de fuerza y otras trabas estará prohibido”, existirán excepciones, siendo estas; “a. si es preciso, como precaución contra la fuga durante el traslado, siempre que sean retiradas en cuanto el interno comparezca ante una autoridad judicial o administrativa, salvo que esta autoridad decida lo contrario, o b. “por orden del director, cuando han fallado otros métodos de control, para evitar que un interno pueda herirse, herir a terceros o causar daños graves materiales, siempre que el director avise inmediatamente al médico e informe de los hechos a las autoridades penitenciarias superiores.”

Vemos pues que, tras haber agotado todos los procedimientos previos, esta herramienta deberá ser útil en la prevención del riesgo de lesiones, tanto a terceros como a uno mismo. Por otro lado, la contención mecánica no podrá ser aplicada con finalidades disciplinarias, sino que deberá responder a un criterio médico y, en ese sentido “cualquier recurso a la fijación siempre debe ser ordenado expresamente por un médico, o inmediatamente avisando a un médico” (CPT/Inf (2011) 11) y con la finalidad de “permitir que un preso alterado/agresivo se tranquilice” (CPT/Inf (2013) 8).

La jurisprudencia del TEDH al respecto (Tali v. Estonia, 2014) hace hincapié en la cuestión, definiendo que las causas de aplicación de la contención mecánica deberán corresponder con lo que viene estipulado como el fin o utilidad de la misma, conforme al principio de legalidad. Es decir, la contención mecánica tiene la única finalidad de evitar que el interno pueda hacerse daño a sí mismo, a otros internos o a funcionarios. Fuera de estas causas no hay motivos para la aplicación de la contención mecánica, existiendo otras restricciones menos intrusivas que pueden servir para la gestión de situaciones en las que la persona presa se encuentra en un estado de alteración.

A dicho propósito, el CPT propone unos objetivos a largo plazo que pretenden una modificación más profunda de la gestión de las situaciones conflictivas o problemáticas en la institución carcelaria. En relación con las causas que puedan llevar a la aplicación de las medidas de contención, remarca la necesidad de poner fin al uso de la fijación mecánica para reclusos por motivos de seguridad, y ampliar la aplicación de medidas alternativas para la gestión de conflictos (CPT/Inf (2020)5)¹⁶.

¹⁶ Según el Manual de gestión de incidentes penitenciarios de Naciones Unidas (2002), más allá de los medios coercitivos existen otras formas de gestionar el movimiento de los detenidos y garantizar la seguridad y el orden en la custodia. Entre ellos, la configuración y la infraestructura de la instalación, un número adecuado de personal que esté bien capacitado y tenga las habilidades y competencias pertinentes, un sistema eficaz de clasificación de los detenidos y la separación de las diferentes categorías de detenidos.

Por otro lado, en relación al criterio predominante estrictamente médico en la aplicación de la contención, el CPT indica que será necesario acabar con las prácticas de medicación forzosa, que solamente se podrá justificar ante “casos extremadamente raros en los que la salud del interno en cuestión corra un grave riesgo, deberá administrarse medicación sin el consentimiento de la persona, y únicamente en un entorno médico” (CPT/Inf (2020) 5).

3.2 Procedimiento de aplicación y supervisión de la contención mecánica

Según la RPE 68.3 “los medios de inmovilización sólo se utilizarán el tiempo que sea necesario y se retirarán en cuanto deje de haber riesgo asociado a la libertad de movimientos”. De la misma forma en la que la contención debe ser implementada como herramienta de última ratio, esta debe ser interrumpida en cuanto ya no sea necesaria o imprescindible para la manutención de la seguridad del interno o terceros. Así pues, entendemos la necesidad de que la inmovilización se limite al tiempo que sea estrictamente necesario y “es imprescindible que el interno sea liberado una vez que deja de presentar signos de agitación/agresividad” (CPT/Inf (2013) 8). La duración de la sujeción “debe ser el menor tiempo posible (normalmente minutos en lugar de horas) [...] La prórroga excepcional de la restricción debería justificar una nueva revisión por un médico” (CPT/Inf (2011) 11).

En cuanto al papel de los médicos penitenciarios, el CPT ha puesto de relieve también el dilema ético que pueden suponer estas situaciones para los médicos: “el personal sanitario de cualquier establecimiento penitenciario está potencialmente expuesto a situaciones conflictivas de ‘doble lealtad’. La obligación de cuidar de sus pacientes (internos enfermos) con frecuencia puede entrar en conflicto con consideraciones que tienen que ver con la Administración penitenciaria y la seguridad. Esto puede dar lugar a cuestiones y decisiones éticas difíciles [...] los médicos de prisiones actúan como médicos de cabecera del paciente. En consecuencia, para salvaguardar la relación entre médico y paciente, no se les debería pedir que certifiquen que un recluso es apto para recibir un castigo y para que se le pueda aplicar la medida de inmovilización mecánica” (CPT/Inf (2017) 34).

En cuanto a la consideración para la interrupción de la contención, ésta debe responder a un criterio médico y no regimental, es decir, deberá ser valorado por un profesional médico y no por los funcionarios de vigilancia. Según afirma el CPT, durante la contención mecánica “debería controlarse continua y directamente el estado mental y físico del sujeto por parte de un miembro del personal médico”, y el proceso de revisión de la medida inmovilizadora “debe ser revisada por un médico a intervalos cortos” (CPT/Inf (2020) 5). En el mismo sentido: “todo paciente sometido a contención mecánica debe ser sometido a supervisión continua; un miembro cualificado del personal debe estar presente permanentemente en la sala para mantener una asociación terapéutica con el paciente y brindarle asistencia (CPT/Inf (2020) 5)”. En referencia a la asociación terapéutica que se menciona y la oferta de asistencia que esta conlleva, el CPT, en su informe de 2021, apunta que es necesario “asegurarse de que un miembro del personal no sólo supervise de forma continua y directa al recluso, sino que se relacione con él verbalmente”, y asegurando la capacidad del personal para “ofrecer contacto humano inmediato a la persona en cuestión, reducir su ansiedad, comunicarse con el individuo y responder rápidamente, incluso a las necesidades personales del individuo con respecto a la ingesta oral, la higiene y la micción, y defecación” (CPT/Inf (2021)27”.

Como se ha podido ver, los límites y parámetros que definen la práctica de las contenciones no se centrarán únicamente en el uso limitado basado en la mínima intervención física sobre el interno, sino que también matizan y buscan que en el desarrollo de la intervención éste sufra la menor cantidad de

consecuencias físicas y mentales posibles. Así pues, debido al peligro físico y mental que supone la contención mecánica, se impulsa la efectividad de un sistema de supervisión médica continuada. Un sistema en el que no será válida una única revisión al principio y al final de la contención, ya que estas no permiten asegurar en todo momento el bienestar del interno (Tali v. Estonia, 2014). La continua supervisión de la contención, así como la posibilidad de las personas presas de comunicarse con el supervisor, será útil para la prevención de efectos no deseados y que se alejen de los objetivos formales de la contención. En este proceso cobra especial relevancia la importancia de las figuras médicas como vehículo de la inmovilización y revisión de la misma, siendo el profesional sanitario el interlocutor clave del interno inmovilizado en la expresión de su situación física o mental, y la consiguiente salvaguarda de su dignidad.

Finalmente, el CPT en 2020 recomendó el desarrollo de un diálogo con el paciente al acabar la contención, con el fin de exponer “los motivos para la aplicación de la sujeción, reducir el trauma psicológico de la experiencia y restablecer la relación médico-paciente” (CPT/Inf (2020) 5) en aras de “dar a la persona interesada la oportunidad de discutir su experiencia, durante y, en cualquier caso, tan pronto como sea posible, después del final de un período de restricción” (CPT/Inf (2011) 11).

3.3 Los medios idóneos para aplicar la contención mecánica

Por lo que respecta a la manera de implementar la sujeción, en primer lugar, es relevante indicar qué herramientas quedan reguladas como válidas y, por contra, aquellas que no son permitidas. La RPE 68.6 menciona la prohibición de cadenas, hierros y otros medios de inmovilización intrínsecamente degradantes. Pese a que no se incluya la contención mecánica en el conjunto de prácticas prohibidas, según el CPT “la medida de la fijación mecánica podría suponer, en muchos casos, trato inhumano o degradante” (CPT/Inf (2017) 34), por lo que nos encontramos ante un posicionamiento que deja entrever ambigüedades.

El CPT manifiesta la prohibición del uso de las esposas en la contención mecánica y, en cuanto a los medios que deben ser empleados, apunta que “el equipo utilizado debe estar diseñado adecuadamente para limitar los efectos nocivos, las molestias y dolor durante la sujeción [...] En este sentido, se deben inmovilizar brazos y piernas con correas especialmente diseñadas” (CPT/Inf (2011) 11).

La práctica de contención mecánica no debería suponer nunca dolor o molestias físicas, a partir de la posición en la que se ate el recluso, que no debe ser dolorosa (CPT/Inf (2013) 6). La no repercusión en daños físicos o mentales no se limita a la sujeción, sino a todo el proceso de la contención, entendiendo la necesidad de que los funcionarios penitenciarios usen una fuerza proporcional a la requerida por la situación “para controlar a reclusos violentos y/o recalcitrantes, y que, una vez que los reclusos hayan sido controlados, no habrá justificación alguna para golpearlos (CPT/Inf (2013) 8)”. Finalmente, el CPT expone la prohibición de inmovilizar en la posición de sujeción prona, es decir, bloqueando el recluso boca abajo, entendiendo la carga de daños físicos y mentales que puede conllevar (CPT/Inf (2020)5).

3.4 La importancia del registro y control en relación con la práctica de contención mecánica

El registro de las actuaciones de contención mecánica ha adquirido una presencia estable en los informes y reglamentos del Sistema Europeo de Protección de Derechos Humanos, siendo este expresamente requerido la

RPE 68.6. A su vez, el CPT indica que “cada caso de inmovilización de un preso deberá constar en un registro específico establecido al efecto [...] Las anotaciones en el registro deberían incluir las horas de comienzo y terminación de la medida, los motivos de su adopción, el nombre del médico que ordenó su adopción o la autorizó y la enumeración de las lesiones sufridas por la persona o terceros” (CPT/Inf (2013) 6). De igual manera, en las enfermerías en las que se haya efectuado una contención, también deberán registrarse los acontecimientos (CPT/Inf (2017) 34), y tendrán que incluir una hoja de asistencia del personal sanitario (CPT/Inf (2020)5).

El CPT en el informe de 2021 expuso que “deben tomarse medidas para garantizar que la documentación sobre el uso de la fuerza se cumplimenta con exactitud”, tras encontrarse con diversos casos en los que las lesiones sufridas por los internos en el proceso de contención no eran mencionadas o no existía informe al respecto (CPT/Inf (2021)27). De acuerdo con el Protocolo de Estambul (1999), el parte de lesiones debe incluir:

1. Un relato de lo que la persona ha contado que sea de interés para el reconocimiento médico (incluidas la descripción de su estado de salud y cualquier posible denuncia de malos tratos);
2. Un informe completo de las conclusiones médicas objetivas a las que se ha llegado tras un examen minucioso y
3. Las observaciones del facultativo teniendo en consideración el punto 1 y 2, indicando si hay una relación lógica entre las denuncias hechas y las conclusiones estrictamente médicas.

En el parte de lesiones, será relevante la inclusión del resultado de diferentes pruebas que se hayan realizado, los tratamientos prescritos y, en el caso de incidentes con traumatismos, un formulario específico y la aportación de fotografías. Además, el CPT indica que “a efectos de supervisión, debería ser posible recuperar datos desglosados sobre las lesiones sufridas por los presos en un establecimiento concreto (CPT/Inf (2021)27)”.

3.5 Colectivos de especial protección

La única excepción para la aplicación de la contención mecánica se da en el caso de las mujeres embarazadas o en una situación derivada del embarazo. Como indica la RPE 68.7: “Nunca se utilizarán medios de inmovilización en las mujeres durante el embarazo, el parto o el postparto.”

Por otro lado, aún sin ser una causa para ser eximidos de una aplicación de la contención mecánica, las personas con discapacidad o enfermedades mentales graves deberán ser tratadas de una forma especial. Como incluye la RPE 12.1 en referencia a este grupo de personas, “si estas personas quedan detenidas excepcionalmente en una prisión, se regirán por reglas especiales que contemplen su situación y sus necesidades”.

Aun no habiendo una prohibición en el uso de la contención mecánica, sí que se requiere un trato especial que se adecúe a la situación en la que se encuentran y evite el agravio de los problemas que ya les son propios. En relación a las personas con discapacidades o graves problemas mentales, el TEDH se ha pronunciado en *Ślawomir Musiał c. Polonia*, 2009, indicando la necesidad de que los Estados garanticen que la salud y el bienestar de las personas privadas de libertad estén adecuadamente cubiertos. Ante este supuesto, la aplicación de la contención mecánica deberá estar limitada en los casos en los que en la aplicación de dicha medida de contención no se pueda garantizar la salud y el bienestar del preso.

Dentro de las personas con graves problemas mentales, aquellas que han desarrollado conductas autolíticas y autolesivas reciben especial atención el reporte del CPT de 2021, en el que se indica que “someter a medidas de contención mecánica a personas privadas de libertad con una enfermedad mental o que han cometido un acto de autolesión o intento de suicidio, no puede considerarse una medida de seguridad sino un castigo, añadiendo, además, que es poco probable que se resuelvan los problemas subyacentes que llevaron a aplicar la fijación en primer lugar” (CPT/Inf (2021)27). Ante las situaciones descritas, la contención mecánica deberá ser evitada, siendo necesaria la formación del personal en la identificación e interacción con las personas que están en riesgo de desarrollar dichas conductas, poniendo especial importancia en la desescalada y la creación de relaciones.

3.6 La necesidad de la formación procedimental de los profesionales que trabajan en la cárcel

La introducción de los diversos estándares que se han ido exponiendo anteriormente deberán ser respaldados e introducidos a través de una eficiente herramienta formativa para aquellos que los deben poner en práctica.

El CPT ha expresado varias recomendaciones para que los funcionarios de los centros penitenciarios adquieran las habilidades necesarias para el manejo de las situaciones hostiles que se suelen resolver de forma física y violenta. En ese sentido, el CPT recomienda “que se tomen las medidas apropiadas para mejorar las habilidades del personal penitenciario en el manejo de situaciones de alto riesgo sin el uso de fuerza innecesaria, en particular, proporcionando formación en las formas de evitar las crisis y calmar la tensión, y en el uso de métodos seguros de control y contención” (CPT/Inf (2021)27).

Se aboga por el aprendizaje de unos conocimientos basados en dos cuestiones principales: en primer lugar, el evitar el uso de una fuerza innecesaria y con unas consecuencias, materializadas en daños físicos y mentales, innecesariamente graves; por otro lado, no se deberá dejar de lado el aprendizaje en habilidades que permitan la desescalada de situaciones tensas o conflictivas con el fin de evitar el uso de la fuerza. También será necesario que los funcionarios reciban una “capacitación especial en técnicas de control y reducción de presos con tendencias suicidas y/o autolesivas” (CPT/Inf (2020)5). Como hemos visto anteriormente, la problemática de las personas con tendencias autolíticas o autolesivas pone sobre la mesa la necesidad urgente del aprendizaje de métodos alternativos para la gestión de dichas conductas.

Por otro lado, el CPT también recomienda la formación del personal sanitario penitenciario, para que los profesionales sean conscientes también de “su obligación de registrar y comunicar las denuncias de malos tratos que reciban” (CPT/Inf (2021)27).

La formación de los trabajadores de las cárceles es un eje fundamental para la construcción de un procedimiento sistemáticamente correcto en el ámbito de la contención mecánica, así como lo son la supervisión por un aparato directivo concienciado y la participación activa del personal sanitario en su trabajo de monitoreo de los reclusos en el marco de las contenciones y en la redacción de los informes. Difícilmente podrán verse reflejados las recomendaciones de los organismos internacionales si estos no son respaldados e impulsados desde el seno de la propia institución, y quedarán relegados a ser un horizonte ideal que solo visualizarán aquellos lo formulan.

02

La práctica de la
contención mecánica
en el sistema
penitenciario
español, catalán y
vasco. Un análisis
jurídico - normativo

01 INTRODUCCIÓN

La legislación española ha prestado escasa atención al ámbito de las contenciones mecánicas, siendo una práctica poco abordada por el mundo del derecho, tanto desde su vertiente penitenciaria como sanitaria. Como se irá viendo, las administraciones penitenciarias españolas han venido afrontando el vacío a través de la emisión de circulares e instrucciones. Se trata de actos puramente administrativos que, pese a no tener rango de ley, regulan y desarrollan los protocolos para el empleo de estas prácticas tan aflictivas de los derechos fundamentales de las personas presas.

En este capítulo nos aproximaremos a la realidad de las contenciones mecánicas en las cárceles dependientes de las tres administraciones penitenciarias que coexisten en el Estado español: la administración General del Estado (AGE), la de la Cataluña y la del País Vasco. Las comunidades autónomas de Cataluña y el País Vasco tienen atribuidas las competencias ejecutivas en materia penitenciaria, sin embargo, esta se encuentra subordinada a la competencia legislativa del Estado, compartiendo estos tres sistemas penitenciarios un mismo marco normativo que, partiendo de los preceptos establecidos en la Constitución española de 1978 (CE), se desarrolla en la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979 (LOGP) y se concretiza en el Reglamento Penitenciario de 1996 (RP).

Aun partiendo de un marco normativo común, cada uno de estos sistemas penitenciarios ha desarrollado modelos propios, aunque, como se verá en el caso del País Vasco, el mismo se encuentra todavía en proceso de instauración, razón por la cual el apartado dedicado al contexto vasco carece de una perspectiva temporal larga.

Así, en primer lugar, se analizará el marco normativo que comparten los 3 sistemas penitenciarios que coexisten en el Estado, empezando por las referencias constitucionales, y posteriormente nos adentraremos en las realidades específicas de cada uno. Se prestará especial atención a los protocolos de naturaleza administrativa que cada administración ha ido desarrollando para afrontar las conductas de las personas presas que pueden motivar la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica, así como los recursos, tanto humanos como materiales, de los que disponen, especialmente en el ámbito de la atención a la salud mental de las personas privadas de libertad.

02 LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES

Los derechos fundamentales y las libertades públicas se encuentran reconocidos en la Sección 1ª, del Capítulo Segundo del Título I de la CE. Es justamente en esta sede constitucional donde se contienen algunos de los principales derechos comprometidos con el uso de las contenciones mecánicas. La CE consagra una protección del derecho a la libertad individual a doble nivel: por un lado, considera que la libertad tiene el carácter de valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE) y, por otro, protege de un modo intenso la libertad física del individuo (art. 17 de la CE¹⁷).

En efecto, el art. 25.1 comienza asentando el principio de legalidad que concierne el sistema penal: “nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento”.

¹⁷ Art. 17 CE: “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.

Ahora bien, las disposiciones plenamente penitenciarias se encuentran en el siguiente apartado; el art. 25.2 contiene un auténtico catálogo de estipulaciones que pretende definir el “estatuto jurídico” de una persona condenada a pena privativa de libertad. En primer lugar, se indica que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”. Sigue el artículo estableciendo que “el condenado a prisión gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria”.

La doctrina mayoritaria ha entendido la expresión “reeducación y reinserción social” en el sentido de “resocialización” (Mappelli Caffarena, 1983), es decir, como un principio fundamental de humanización de la ejecución de la pena privativa de libertad en virtud del cual esta última debe adaptarse a las condiciones generales de vida en sociedad y debe contrarrestar las consecuencias perjudiciales de la privación de libertad. Según esta vertiente doctrinal, la reeducación pretende que la prisión no interrumpa el proceso de construcción de la personalidad del sujeto encarcelado, de acuerdo con los derechos fundamentales protegidos por la Constitución. En cambio, otros autores consideran las disposiciones del apartado 2 del artículo 25 CE como “normalización” (Giménez-Salinas i Colomer, 1992), y otros como “reinscripción en la sociedad”¹⁸ (Baratta, 1991). Ambas expresiones se basan en una serie de críticas realizadas al concepto de re-socialización. La primera crítica se refiere al concepto unívoco de sociedad: ¿hay un solo tipo de sociedad? ¿Y, por tanto, una única sociedad con un único conjunto de valores? La segunda objeción se refiere a la imposición de un trato al sujeto preso que no respeta los derechos fundamentales de la persona. ¿Es legítimo someter a un individuo a un tratamiento de forma “coercitiva”¹⁹? ¿Y por qué los llamados trabajadores de cuello blanco están normalmente excluidos de esa imposición? La tercera crítica se refiere a la Institución penitenciaria en su esencia: ¿es posible educar para la libertad sin libertad? ¿Y cuál es el estado de nuestras prisiones?

La criminología crítica - disciplina que inspira, en gran medida, el presente estudio - acoge el concepto de reinserción en la sociedad, pese a reconocer la imposibilidad ontológica de lograr la reinserción del condenado por medio de la cárcel (Bergalli, 1976, 1986; Pavarini, 1983). Dicha convicción parte del hecho de que la prisión no puede producir ningún efecto útil en términos de resocialización de los delincuentes y que, por el contrario, determina condiciones negativas para lograr este objetivo. Sin embargo, esto no significa que haya que abandonar la idea de reintegrar a los presos en la sociedad. La reinserción social del delincuente no puede lograrse a través de la pena de prisión, sino *a pesar de ella*, es decir, intentando que las condiciones de vida en la cárcel sean menos negativas en relación con este propósito. Se prefiere la expresión reinscripción social a los términos resocialización y tratamiento, porque estos últimos implican un papel pasivo de la persona condenada y un papel activo de la Administración.

18 La reinscripción social actúa a otro nivel, ya que mitiga la nocividad de la privación de libertad en el ámbito de las relaciones entre el individuo y la sociedad.

19 Pese a que el tratamiento formalmente sea voluntario (art. 61 y 112 RP), la participación en el mismo es fundamental para el acceso a salidas programadas, permisos penitenciarios, tercer grado y libertad condicional. Además, cabe señalar que, de acuerdo con autores como Cervelló Donderis (2012), Zúñiga (2001) y Gallego (2013), creemos que el incumplimiento del tratamiento (en el caso de que la persona privada de libertad haya aceptado “voluntariamente” de someterse al mismo), acaba influyendo sobre el tipo de régimen penitenciario y en la posibilidad de libertad del recluso. La misma estrategia punitivo-premial pone en entredicho la voluntariedad del tratamiento, que exige la Ley. Las consecuencias positivas que para el preso tiene aceptar el tratamiento que se le “propone”, anula cualquier connotación de voluntariedad. Y ello, al margen de deteriorar su derecho, desvirtúa cualquier otra motivación para la participación. “Y sin voluntariedad, sin deseo sincero, ninguna intervención psicológica tiene ninguna oportunidad de éxito” (García Bore´s Espi´ et al., 2015, p. 86). Para un estudio exhaustivo sobre la voluntariedad del tratamiento penitenciario véase Solar Calvo, 2018b.

El concepto de reinserción social requiere la apertura de un proceso de comunicación e interacción entre la prisión y la sociedad, en el que los ciudadanos y las ciudadanas encarcelados puedan reconocerse en la sociedad externa, y la sociedad externa pueda reconocerse en la prisión. Para la criminología crítica la reinserción social de la persona reclusa significa, antes que la transformación de un mundo separado (la prisión), la transformación de la sociedad que tiene que hacerse cargo de aquellos problemas y conflictos que han sido segregados en las prisiones (Baratta, 1990, pp. 1-5).

Siguiendo con el análisis de las disposiciones constitucionales, interesa destacar que el art. 25.3 CE establece que “la Administración civil no podrá imponer sanciones que, directa o subsidiariamente, impliquen privación de libertad”. Para acabar con las estipulaciones penitenciarias contenidas en la CE de 1978, cabe destacar, asimismo, en lo que atañe al diseño de las instituciones o Administraciones penitenciarias las disposiciones contenidas en el art. 149.1.6ª CE. Allí se establece que “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: [...] Legislación penal y penitenciaria; legislación procesal, sin perjuicio de las necesarias especialidades que en este orden se deriven de las particularidades del derecho sustantivo de las Comunidades Autónomas”. Por tanto, si bien es claro que solo el Estado puede legislar en materia penitenciaria, también lo es el que aquellas comunidades autónomas en cuyos Estatutos de autonomía se hubiese previsto la posibilidad de asumir competencias en materia de ejecución penal, podrán sin duda hacerlo; Cataluña desde 1983 y el País Vasco desde 2021, han asumido tales competencias.

Volviendo nuevamente al ámbito concreto de las contenciones mecánicas, uno de los problemas principales de la utilización de estas medidas está en el hecho de que suponen un *plus* de privación de libertad, afectando directamente a la dignidad y la autoestima personal (Rubio, 2017). El artículo 10 de la CE reconoce que “la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social”, a la vez que aclara que “las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades deben interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España”.

Tal y como se ha explicado en el capítulo anterior, según los estándares internacionales, las prácticas de contención mecánica pueden llegar a suponer además una vulneración del derecho a la integridad moral. El art. 15 de la CE, establece que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. Esta recepción española de lo estipulado en el art. 1 de la Convención contra la tortura de las Naciones Unidas y en el art. 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos representa un derecho absoluto y universal que no admite excepciones de ninguna índole. Pese a ello, en el interior de las instituciones de privación de libertad, el empleo de la fuerza dibuja una delgada franja entre la prohibición citada, y la regulación del empleo de medios de coerción, especialmente en relación con la posible causación de torturas y malos tratos, o de infligir prácticas inhumanas o degradantes.

Otro de los derechos fundamentales reconocidos por la CE que cobra vital importancia para el objeto de nuestro análisis es el derecho a la protección de la salud, reconocido en el art. 43. CE, el cual será analizado con más detenimiento a continuación.²⁰ Nos encontramos, sin embargo, que, a diferencia de lo que sucede en otros ordenamientos jurídicos de nuestro entorno - por ejemplo, el italiano - la CE no hace mención ninguna a los tratamientos sanitarios obligatorios. No obstante, parece que la jurisprudencia ha querido otorgar el reconocimiento de derecho fundamental al derecho de autonomía del paciente. El derecho a la autodeterminación individual, es decir, la capacidad que tiene la

²⁰ Véase el apartado 4.3.

persona de decidir sobre su propia vida y, por tanto, sobre si acepta o no un tratamiento médico cuando se le propone, está recogido en el artículo 8 de la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente²¹. Dicho artículo establece en su precepto primero que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”. Este derecho fue incorporado en el año 2003 a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea²². Más adelante, una sentencia del Tribunal Constitucional (Sentencia 37/2011, de 28 de marzo de 2011) reconocía que el consentimiento informado tiene –o puede tener– implicaciones constitucionales al encontrarse ligado al derecho fundamental a la integridad física y moral. Tal y como resolvió el Tribunal: “De acuerdo con lo expuesto, podemos avanzar que el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que este supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad” (STC 37/2011. FJ 5º).

Respecto de la jurisprudencia constitucional en materia de contenciones, cabe constatar que los pronunciamientos del Tribunal Constitucional sobre la materia son muy escasos. Sin embargo, merece la pena señalar la STC 10/2022 del 7 de febrero, en la cual se reconoce la falta de investigación por parte de los órganos jurisdiccionales sobre los abusos que se producen en contextos de privación de libertad y, en especial modo, de prácticas particularmente aflictivas como pueden ser el aislamiento y la inmovilización.

2.1 El principio de reserva de ley en relación con la regulación de los derechos fundamentales

A través del art. 53 de la CE, se quiso otorgar un especial reconocimiento a las libertades y derechos fundamentales reconocidos en el Capítulo segundo del Título primero de la CE, así como una suplementaria protección. En primer lugar, el art. 53 de la CE, en su precepto primero, establece que “sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades”. El principio de reserva de ley para el desarrollo y regulación del ejercicio de los derechos y libertades recogidos en los arts. 14 a 38, se fundamenta en la necesidad de garantizar que determinadas materias, como las que afectan a derechos y libertades de los ciudadanos, sean reguladas por Ley, mediante el procedimiento legislativo que sobre la articulación del debate permite a los distintos grupos parlamentarios pronunciarse sobre los textos legislativos.

En lo que atañe a las disposiciones con fuerza de ley, la CE prohíbe los Reales Decretos-legislativos en materias competencia de leyes orgánicas (art 82.1 en relación con el 81 CE), por lo que la legislación delegada no cabe en materia de desarrollo esencial de los derechos fundamentales y las libertades públicas. Por otra parte, los Reales Decretos-Leyes no pueden afectar a “los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título primero” (art. 86.1 CE), materia controvertida respecto de algunos derechos y sobre la que ha recaído amplia jurisprudencia constitucional. Así, entre otras, en STC 137/2003, de 3 de julio, el TC expresa a este respecto: “hemos venido manteniendo siempre una posición equilibrada que evite las concepciones extremas, de modo que “la cláusula restrictiva del art. 86.1 de la Constitución debe ser entendida de modo tal que ni reduzca a la nada el Decreto-Ley, que es un

²¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²² Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html> (consultado el 08.10.23).

instrumento normativo previsto por la Constitución [...] ni permita que por Decreto-Ley se regule el régimen general de los derechos, deberes y libertades del título I” (SSTC 111/1983, de 2 de diciembre, FJ 8; 60/1986, de 20 de mayo, FJ 4; y 182/1997, de 18 de octubre, FJ 6).

Lo que el art. 53.1 CE persigue con esta habilitación al legislador para el desarrollo de derechos y libertades, es excluir al poder ejecutivo de toda posibilidad de regulación de estos, quedando limitada la potestad reglamentaria “a un complemento de la regulación legal que sea indispensable por motivos técnicos o para optimizar el cumplimiento de las finalidades propuestas por la Constitución o por la propia ley” (STC 83/1984, de 24 de julio). Porque: “la reserva de ley del artículo 53.1 CE impone al legislador una barrera infranqueable, que ha de ser siempre respetada como garantía esencial de nuestro Estado de Derecho [...] que asegura que la regulación de los ámbitos de libertad que corresponden a los ciudadanos depende exclusivamente de la voluntad de sus representantes”, (SSTC 6/1981, de 6 de marzo y 37/1987, de 6 de marzo, entre otras).

También, el segundo apartado del art. 53 de la CE quiso dotar de una protección especial a los derechos fundamentales y las libertades públicas reconocidos por la CE, al recoger la protección jurisdiccional de los derechos y libertades reconocidos en los artículos 14 a 29 ante los tribunales ordinarios a través de un procedimiento especial que supone una prioridad ante su tramitación respecto al resto de asuntos, así como la posibilidad de recabar su tutela ante el TC mediante la interposición del recurso de amparo.

Pese a que la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica involucre la dignidad y los derechos fundamentales de las personas presas, cabe resaltar, una vez más, que no encuentra legitimación explícita en la Ley, convirtiéndose en un caso paradigmático de violación del principio que se acaba de examinar.

03 LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA LOGP Y EN EL RP

La primera Ley Orgánica aprobada en 1979, después de la entrada en vigor de la CE de 1978 fue la Ley Orgánica General Penitenciaria, conocida como “primera ley de la Democracia”. En coherencia con el art. 25.2 CE, la LOGP diseña un sistema de cumplimiento en el que el régimen penitenciario debería estar subordinado al tratamiento penitenciario²³, entendido como el “conjunto actividades que deben permitir preparar el penado o la penada para la futura vida en libertad y para que pueda llevar una vida sin delitos” (art. 59)²⁴. El art. 73.1 RP ofrece una definición de régimen penitenciario. Se trata del “conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito de tratamiento y la retención y custodia de los reclusos”.

El modelo de tratamiento establecido por la LOGP, inspirado al principio de la individualización científica, se articula en un sistema que se concreta en grados de tratamiento en los que se sitúa a las personas presas en función de la evolución de su personalidad. El tratamiento se organiza, entonces, en 3 grados: primero, segundo y tercero, el significado y contenido de los cuales se regula por el art.72

²³ Sobre este punto véase (Mappelli Caffarena, 1983; Solar Calvo, 2018a).

²⁴ La LOGP determina también que la actividad del tratamiento debe ejercitarse en el marco de unas determinadas condiciones, de entre las que destaca que “debe basarse en un estudio científico del temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes del sujeto a tratar, así como de su sistema dinámico-motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad” (art.62a LOGP), además de que “ha de ser programado” (art.62e LOGP) e “individualizado” (art.62c LOGP), y que “ha de irse adaptando a la evolución de la personalidad del interno” (art.62f LOGP).

LOGP, debiendo clasificar a la persona en el grado que le corresponda, según su evolución en el tratamiento. La clasificación debe ser periódicamente revisada - generalmente cada 6 meses²⁵ - progresándose o regresándose el grado, tras la adecuada observación de la persona penada (art. 63 LOGP).

Respecto del control jurisdiccional sobre el ámbito de la privación de libertad, la LOGP, cogiendo inspiración de la *Legge sull'ordinamento penitenziario* italiana del 1975, instituye a su vez la figura de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria (JVP), a quienes se les atribuyó las funciones para “[...] salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse” (art. 66). Será importante tener en cuenta la previsión de control jurisdiccional cuando aluda a la actividad relativa al control de la aplicación de las sujeciones mecánicas; como se verá a continuación, el control del JVP resultará ser un control exclusivamente sobre la legalidad formal de la medida (y, a menudo, ni eso), en lugar de ser un control mirado a comprobar la legitimidad - en el sentido material - de la medida²⁶. Por esta y otras razones, Rivera (2006) alerta sobre la función ideológica de este órgano jurisdiccional, a la vez que advierte sobre el riesgo que el control jurisdiccional de la administración penitenciaria se está convirtiendo en un nuevo aparato legitimador de la institución total a la cual brinda una apariencia garantista.

El marco normativo estatal está integrado, además de por la LOGP, por el Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. El RP determina, en su artículo 1.1, su ámbito de aplicación: “el presente Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, regula la ejecución de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad, así como el régimen de los detenidos a disposición judicial y de los presos preventivos, siendo de aplicación directa en todo el territorio del Estado”.

Sin embargo, el art. 1.2 RP establece una excepción con respecto a los apartados del Reglamento dedicados a la organización, donde reconoce su carácter de derecho supletorio en relación con las normas que dicten las comunidades autónomas que ejerzan competencias ejecutivas en materia penitenciaria. De este modo, pese a que el RP se aplique en todo el Estado, se deja abierta la posibilidad de que las comunidades con competencias transferidas regulen de forma autónoma aspectos relativos a la organización interna o relativas al régimen económico-administrativo de sus establecimientos penitenciarios.

En el art. 3 del RP se establecen los principios de por los que se debe regir la actividad penitenciaria, estableciendo en su precepto primero que: “la actividad penitenciaria se desarrollará con las garantías y dentro de los límites establecidos por la Constitución y la ley [...] los derechos de los internos sólo podrán ser restringidos cuando lo dispongan las leyes”. Es este mismo artículo el que capacita a los órganos directivos de la Administración penitenciaria para dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes mediante circulares, instrucciones y órdenes de servicio. Como afirma Tama-

25 Afortunadamente, respecto de la revisión del primer grado de tratamiento, al cual corresponde el régimen de aislamiento, intervino la Instrucción 5/2011 estableciendo un plazo máximo de revisión para los clasificados en primer grado o preventivos con aplicación del art. 10 LOGP de 3 meses. También por lo que concierne el primer grado en las cárceles catalanas, la Circular 2/2017 prevé un plazo inferior a los 6 meses, debido a que el primer grado se articula en un sistema de modalidades y fases.

26 A diferencia de lo que sucede en Alemania donde la Sentencia 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16 del 24 de julio de 2018 del Tribunal Constitucional Federal Alemán ha caracterizado la sujeción mecánica como nueva privación de libertad, por lo tanto sujeta a autorización judicial previa. Por tanto, en Alemania la imposición de contenciones mecánicas constituye una pena distinta de aquella inicialmente determinada por el juez, lo cual requiere una nueva apreciación por parte de este y la observancia de rígidos y concretos criterios para su utilización, al haberse modificado -cualitativamente- la forma en que se está privado de libertad.

rit (2016), a estas circulares e instrucciones se les ha reconocido a menudo un carácter normativo, pese a que se trata de normas de carácter administrativo. Como ya se ha adelantado, la entera regulación de las contenciones mecánicas en el ámbito penitenciario se ha realizado a través de dichos instrumentos emanados por las propias administraciones.

04 EL EMPLEO DE MEDIOS COERCITIVOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Aunque en el ámbito penitenciario exista una prohibición absoluta de cualquier tipo de trato vejatorio y, más en general, de malos tratos, a menudo se permite el uso de la fuerza por parte de los funcionarios de vigilancia (Asencio Cantisan, 1989, p. 25 ss.). El empleo de la fuerza se traduce en una serie de prácticas llamadas “medios coercitivos”. Los medios coercitivos pueden definirse como medidas en las que se emplea la fuerza con el fin de restablecer la normalidad dentro del centro penitenciario y se utilizan para impedir o reprimir conductas que, por su gravedad, no pueden ser contenidas de otra manera (Fernández Arévalo & Nistal Burón, 2012, p. 494). Se trata de una implantación institucional que afecta tan gravemente a la esfera de derechos de las personas privadas de libertad, que la LOGP únicamente las tolera con carácter exclusivamente excepcional.

En ese contexto, la LOGP, cuando regula los denominados medios coercitivos, señala en su art. 45 que: “solo podrán utilizarse, con autorización del director, aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente en los casos siguientes: a) Para impedir actos de evasión o de violencia de los internos. b) Para evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas. c) Para vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo [...] cuando, ante la urgencia de la situación, se tuviere que hacer uso de tales medios se comunicará inmediatamente al director, el cual lo pondrá en conocimiento del Juez de Vigilancia [...] El uso de las medidas coercitivas estará dirigido exclusivamente al restablecimiento de la normalidad y solo subsistirá el tiempo estrictamente necesario”.

La enumeración de los medios de coerción física cuyo empleo se autoriza, se traslada al RP (primera caída del principio de legalidad y reserva de ley), el cual en su art. 72.1 indica con claridad que: “son medios coercitivos, a los efectos del artículo 45.1 de la LOGP, el aislamiento provisional, la fuerza física personal, las defensas de goma, los aerosoles de acción adecuada y las esposas. Su uso será proporcional al fin pretendido, nunca supondrá una sanción encubierta, y solo se aplicarán cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida y por el tiempo estrictamente necesario”. El mismo artículo añade en su punto segundo: “no podrán ser aplicados los expresados medios coercitivos a las internas mencionadas en el artículo 254.3 del presente Reglamento (mujeres gestantes y a las mujeres hasta seis meses después de la terminación del embarazo, a las madres lactantes y a las que tuvieran hijos consigo) ni a los enfermos convalecientes de enfermedad grave, salvo en los casos en los que de la actuación de aquellos pudiera derivarse un inminente peligro para su integridad o para la de otras personas”.

Por cuanto hace al procedimiento para su empleo y el “inmediato” control jurisdiccional, la norma establece que: “la utilización de los medios coercitivos será previamente autorizada por el director, salvo que razones de urgencia no lo permitan, en cuyo caso se pondrá en su conocimiento inmediatamente. El director comunicará inmediatamente al Juez de Vigilancia la

adopción y cese de los medios coercitivos, con expresión detallada de los hechos que hubieran dado lugar a dicha utilización y de las circunstancias que pudiesen aconsejar su mantenimiento²⁷.

En materia de contenciones mecánicas, si la LOGP señala expresamente que “solo podrán utilizarse, con autorización del director, aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente” y el RP no menciona las contenciones mecánicas. Entonces, cabe preguntarse: ¿pueden éstas ser utilizadas igualmente? O, formulada la pregunta de otro modo, ¿existe un *numerus clausus* en la enumeración del art. 72 RP que impide añadir el empleo de un medio no mencionado?, ¿cómo se conjuga ello con la exigencia de vigencia de los principios de legalidad, taxatividad y reserva de ley? Lo que ocurre en el sistema de justicia juvenil puede quizás representar un elemento útil de cara a contestar a dicha pregunta. El sistema de justicia juvenil español se estructura normativamente a través de una ley orgánica, la LO 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, que se desarrolla a través de un Reglamento de ejecución, aprobado a través del Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio. Al igual que sucede con la LOGP, el art. 59 LO 5/2000 (al menos en su versión inicial) no establece el tipo de medios de contención que se podrán usar en los establecimientos de justicia juvenil ante conductas de alteración y nos remite, al igual que hace la LOGP, al Reglamento por el que se desarrolla la citada ley. El citado Reglamento establece en su artículo 55.2., bajo el epígrafe de “Medios de contención”, lo siguiente: Los medios de contención que se podrán emplear serán: a) La contención física personal. b) Las defensas de goma. c) La sujeción mecánica. d) Aislamiento provisional.”

Pese al escaso tiempo transcurrido desde la aportación de las citadas normativas, tras la muerte desde el año 2017 de dos jóvenes mientras eran sometidos a una contención mecánica y las continuas recomendaciones al respecto realizadas por diversos mecanismos de control y garantía de los derechos humanos, como el CPT del Consejo de Europa, el 17 de junio de 2020, el Defensor del Pueblo recomendaba al Ministerio de Justicia que derogara el apartado del Reglamento de responsabilidad penal de los menores en el que se regulaban las sujeciones mecánicas para acabar con estas prácticas como medio de contención en estos lugares²⁸.

27 En cuanto al control jurisdiccional del empleo de las contenciones mecánicas, conviene recordar que en las Conclusiones de las Jornadas de Fiscales de Vigilancia Penitenciaria de 2017 se recogía que el uso de los medios coercitivos del art. 72 RP debe responder a los principios de intervención mínima, proporcionalidad y temporalidad, así como al de un estricto control judicial. A estos efectos, una vez que el juez reciba la comunicación del director del centro de su empleo, el control de legalidad por parte del juez exige una resolución motivada sobre su mantenimiento o cese, evitando una respuesta estereotipada o de mero acuse de recibo.

28 Para Fernández Marugán (entonces Defensor del Pueblo en funciones), “la práctica de la sujeción mecánica exige el uso de la fuerza, por lo que constituye siempre una situación de riesgo, estando en juego derechos tan fundamentales como el derecho a la vida y el derecho a la integridad física”. Añadía que “debe agotarse la vía del diálogo durante el tiempo suficiente como para considerar que no existe otra alternativa”. Fernández Marugán insiste en que “no puede volver a morir nadie en España en estas circunstancias”. Así, ha asegurado que “lo rechaza la conciencia, lo rechaza la justicia, lo rechaza el derecho de estos adolescentes a ser protegidos por el Estado para que puedan alcanzar una vida plena”. El Defensor apunta que existen alternativas a la sujeción para afrontar una situación de tensión o de violencia. En esta línea, abogó por “técnicas no invasivas, propias de una nación civilizada y del desarrollo del conocimiento científico, que permiten abordar con éxito situaciones límite sin poner en riesgo la vida ni la integridad física de quienes han de ser sometidos a ellas”. Añadía la institución que esta tesis coincide con lo expresado por el CPT que, en su informe emitido en 2017, tras la visita girada a España el año anterior, consideraba que “inmovilizar a menores en una cama o esposarlos a objetos fijos en una celda de aislamiento es un uso desproporcionado de la fuerza y una medida incompatible con la filosofía de un centro educativo que debería enfocarse en la educación y la reintegración social de los menores [...]”. En su lugar, deberían emplearse métodos alternativos en la gestión de incidentes violentos y otros medios de contención, tales como las técnicas verbales que impiden que aumente el conflicto y el control manual”. Véase, Defensor del Pueblo, 2020, *El Defensor del Pueblo pide la abolición de las sujeciones mecánicas en centros de menores infractores*, 17.06.2020, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/medios-contencion-centros/> (consultado el 07.10.23).

Un año después, las cortes Generales aprobaban la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la Infancia y la adolescencia frente a la violencia. La citada ley, además de prohibir en su art. 21 “la contención mecánica, consistente en la sujeción de una persona menor de edad o a una cama articulada o a un objeto fijo o anclado a las instalaciones o a objetos muebles”, establecía en una Disposición final undécima la Modificación de la Ley Orgánica 5/2000, en varios de sus apartados, siendo uno de ello el artículo 59. Tras la citada modificación, el art. 59 de la LO 5/2000 en su precepto segundo establece: “solo será admisible, con carácter excepcional, la sujeción de las muñecas de la persona que cumple medida de internamiento con equipos homologados, siempre y cuando se realice bajo un estricto protocolo y no sea posible aplicar medidas menos lesivas [...] Se prohíbe la contención mecánica consistente en la sujeción de una persona a una cama articulada o a un objeto fijo o anclado a las instalaciones o a objetos muebles.”

Más allá de las repercusiones que al respecto se puedan sacar en relación con el absurdo que supone el considerar que las contenciones mecánicas constituyen un instrumento vejatorio hasta una edad, para dejar de serlo a partir del día siguiente a adquirirse la mayoría de edad, consideramos relevante remarcar esta diferenciación en cuanto al diferente desarrollo normativo que el legislador ha querido dar a esta cuestión.

4.1 El debate acerca del empleo de las contenciones mecánicas en prisión

Como señala Téllez (1998) el Anteproyecto del RP, en su versión de noviembre de 1994, añadía al listado actualmente existente del art. 72.1 RP 1996, la coletilla “y otros semejantes”. Sin embargo, en la redacción definitiva se suprimió la misma, debido a que existía el temor precisamente “de que se introdujeran medios coercitivos especialmente agresivos”. Barrios (2005) apunta que fue el mismo Téllez, en su calidad de participante en la redacción del RP de 1996, quien propuso incluir las correas de sujeción en el elenco de medios coercitivos, no obstante, su propuesta fue rechazada primordialmente “por razones de imagen”.

Mapelli (1983) entiende que la redacción del art. 45 de la LOGP no puede ser considerada taxativa, más que en el aspecto de la no utilización de las armas de fuego. El autor considera, por tanto, que no hay razones para excluir cualquier instrumental nuevo pensado como medio de coerción que sea más eficaz que los que se conocen actualmente. En esta línea, Barrios (2005) entiende que las correas de sujeción pueden entenderse menos invasivas que las esposas, dado el material de estas (hierro) y su cierre mediante dientes escalonados, ocasiona a los internos escoriaciones y heridas. En el mismo sentido, y en la defensa de la posición favorable al uso de las contenciones mecánicas, según argumenta Sanz (2019), las correas homologadas han demostrado ser un mecanismo más adecuado y útil para la inmovilización a la par que menos lesivo, sobre todo cuando la inmovilización no sea instantánea y se prevea (o surja) la necesidad de prolongarla en el tiempo o durante un periodo de observación. Éste, precisamente, ha sido también el argumento recogido por la propia SGIP tanto en la actual como en las anteriores instrucciones (18/2007 y 3/2010) a través de las cuales se ha venido a regular el empleo de este método coercitivo en los centros penitenciarios españoles.

Como apunta Barrios (2007), la doctrina mayoritaria se inclina por considerar que existe un *numerus clausus* en la numeración del art. 72 del RP, y ello por razones de seguridad jurídica (Grijalba, 1986; Delgado, 1988; Fernández, 2001). Para Grijalba (1992), la utilización de cualquier otro medio de coerción diferente a los enumerados requeriría la pertinente modificación reglamentaria. Barrios (2007) quien, aunque como hemos visto, se muestra favorable al empleo de las

sujeciones, admite que “una Instrucción de Servicios del subdirector General de Servicios de 23 de marzo de 1994 ordenó la inmediata retirada de correas de sujeción y camisas de fuerza de todos los establecimientos penitenciarios españoles”, precisamente porque no estaban explícitamente previstas.

Desde otra perspectiva sumamente importante, profesionales de la medicina y juristas expertos en derechos humanos consideran ilegítimo el uso de las contenciones mecánicas en prisión, en cuanto las mismas no se incluyen entre el elenco de medios coercitivos que recoge el art. 72 del RP (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía y Osabideak, 2019)²⁹. Acerca del debate relativo al *numerus clausus* del ordenamiento penitenciario, los citados profesionales (*ibídem*) entienden que:

La creación normativa sobre cualquier medio restrictivo de derechos y libertades fundamentales debiera estar avalado, en función del principio de legalidad, por ley orgánica o, en el peor de los casos, por ley. Por tanto, para una aplicación amparada en la ley de cualquier medio coercitivo es necesaria la habilitación legal. Por tanto, su aplicación es ilegal.

En amparo del citado argumento, la APDHA y Osabideak (*ibídem*) nos recuerdan las Jornadas de Fiscales de vigilancia penitenciaria (de 2017) donde, en su ponencia sobre medios coercitivos:

Se afirma que estamos hablando de *numerus clausus*, y que, por tanto, no tiene sustento legal la aplicación de esta medida, por violación del principio de reserva de ley, que servirá de base para el análisis de la regulación a través de normas de rango inferior, en un claro ejemplo de “administrativización” del derecho penitenciario.

Tal y como apunta Rivera³⁰, la “administrativización” del derecho penitenciario indica una peligrosa tendencia hacia un proceso de producción de un “derecho de bajo rango”, una especie de sub-regulación, ajena al control parlamentario que, por la vía de ordenar los aspectos más importantes de la vida de las personas presas en simples órdenes ministeriales, instrucciones del poder ejecutivo, circulares de administraciones penitenciarias y prácticas cotidianas, ha ido demostrando un marcado alejamiento del principio de legalidad y reserva de ley. Todo ello representaría la última etapa del proceso de devaluación de los derechos de las personas presas que ha ido desarrollándose a pesar de la constitucionalización del estatus jurídico de las personas presas.

Por todo ello, la APDHA y Osabideak (2019) piden que se acabe con las contenciones mecánicas en prisión por ser estas incompatibles con la dignidad humana.

En una línea similar, juristas de instituciones penitenciarias, conscientes de que la norma no prevé el uso de la contención mecánica por medio de correas por motivos regimentales, y en cumplimiento de las recomendaciones de los organismos de control de la actividad penitenciaria, abogan por su reducción hasta el punto de que su aplicación solo se realice por motivos sanitarios cuando se trate de evitar daños de las personas presas hacia sí mismas, a otras personas o cosas (Rodríguez & Solar, 2023). Argumentan las citadas

29 Véase el Informe titulado “Valoración del Protocolo de Sujeción Mecánica en Prisión Instrucción 3/2018 por motivos regimentales”, publicado por la Asociación pro-derechos humanos de Andalucía-APDHA, Área de Cárceles y Osabideak - Asociación vasca de profesionales de la medicina y juristas en defensa del derecho a la salud de las personas privadas de libertad, recuperado de <https://www.apdha.org/acabar-con-contenciones/> (consultado el 07.10.23).

30 Rivera Beiras, presentación de la contribución *La caída de una cultura garantista en la producción del derecho. El caso de las contenciones mecánicas en las cárceles (de España)*, Workshop: *Law and culture in the juridical field of the prison. Theoretical and empirical perspectives on the social uses of Law in prison*, Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, 9 de mayo de 2023. Véase también Rivera, 2023.

autoras (*ibidem*) que, desde una perspectiva general, se entiende que la agitación que da lugar al uso de medidas de contención ha de abordarse desde la perspectiva médica y terapéutica, y no desde la intervención regimental. Agregan estas profesionales de Instituciones Penitenciarias que:

El uso de estas de correas en el medio penitenciario tiene la misma fundamentación que en el ámbito sanitario. En ambos casos es un procedimiento excepcional adoptado ante una situación de emergencia que comporta una amenaza urgente e inmediata de la propia vida/integridad del o la paciente o de terceros y que no puede conjurarse por otros medios”. La única diferencia entre ambos supuestos, añaden, “radica en que, dadas las especificidades de la vida en prisión, en este ámbito puede acordarse por personal no sanitario, sin perjuicio de que este sea requerido a la mayor brevedad para emitir pronunciamiento al respecto y del preceptivo conocimiento de tal actuación por parte de la autoridad judicial.

En opinión de Rodríguez y Solar (*ibidem*), es esta dualidad en la condición del personal que puede acordar su utilización, lo que suscita desconfianza a los organismos internacionales de control.

4.2 La atención sanitaria en las cárceles

La legislación penitenciaria establece que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” (art. 208 RP), teniendo las personas presas derecho a que “la administración penitenciaria vele por su vida, integridad y salud” (art 3.4 LOGP).

En base a dichos preceptos, la atención médica que se dispensa en el interior de los centros penitenciarios españoles se ha de regir, tanto por las disposiciones al respecto que encontramos en la normativa penitenciaria, como por lo establecido en aquellas normas o leyes que regulan el derecho a la salud para el resto de la ciudadanía, tanto aquellas de ámbito nacional como autonómico³¹. En el Estado español, los principios y criterios que tienen como objeto garantizar el derecho a la salud, se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad, la cual establece la universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios, y recoge los principios relacionados con la coordinación sanitaria a nivel estatal que posteriormente serán desarrollados con más detalle en Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Los aspectos relativos a la autonomía de los y las pacientes, así como los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, son recogidos en la ya anteriormente citada, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Siguiendo con lo estipulado en el RP en el art. 207: “la asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación”, permitiendo la formalización de convenios de colaboración entre la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud. Dispone el art. 209.1 RP que: “la atención primaria que se ofrece a la población reclusa se debe dispensar con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma, debiendo contar los Establecimientos penitenciarios 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 y de forma periódica, por un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo”.

³¹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) Circular 12/98.

En lo relativo a la asistencia especializada, el RP en su art. 209.2, establece que: “se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud³², procurando 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 [...] 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”.

En este escenario, para ofrecer una asistencia sanitaria a la población penitencia en igualdad de condiciones a la de la población libre, se hace necesario que las administraciones sanitarias autonómicas y las dependientes de IIPP se coordinen mediante convenios. En el año 2003 el Gobierno español decidió impulsar un cambio de modelo organizativo, obligando a que sea la misma administración sanitaria que presta el servicio a los ciudadanos en libertad la que atienda a la población reclusa. De este modo, a través de la Disposición Adicional sexta de la Ley 16/03, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se establecía que: “los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”.

En vigor desde el 30 de mayo de 2003, la transferencia debió hacerse efectiva antes del 1 de diciembre de 2004, sin embargo, en la actualidad únicamente las comunidades autónomas de Cataluña, el País Vasco y Navarra han llevado a cabo dicho traspaso de competencias. Por tanto, en el escenario actual, nos encontramos con un sistema penitenciario dependiente de la AGE, en el que, a excepción de en la cárcel de Navarra, la atención sanitaria sigue siendo competencia del Ministerio del Interior, y con otros dos sistemas penitenciarios, el catalán y el vasco, en el que las competencias en materia sanitaria han sido transferidas ya a los servicios autonómicos de salud.

Cabe citar finalmente en este apartado, atendiendo al carácter de práctica o prescripción médica del que se dota o pretende dotar a las contenciones mecánicas, las disposiciones penitenciarias relativas al derecho de autonomía del paciente, ámbito al que se ha hecho alusión ya con anterioridad al analizar las disposiciones constitucionales. El art. 210.1 RP 1996 tras establecer el principio general de que todo tratamiento médico-sanitario requiere el consentimiento informado de la persona presa, admite como excepción el tratamiento “contra la voluntad del interesado” aunque “sólo cuando exista peligro inminente para la vida de éste”. Por su parte el apartado 2 del mismo artículo admite la intervención médico-sanitaria sin consentimiento del paciente “cuando el no hacerlo suponga un peligro evidente para la salud o la vida de terceras personas”. La Ley de la autonomía del paciente 41/2002, del 14 de noviembre establece como principio general la necesidad del consentimiento informado (art. 8.1), aunque admite la intervención clínica, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente “cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” (art. 9.2.b).

32 El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las comunidades autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

05 LAS CÁRCELES DEPENDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

El sistema penitenciario español cuenta actualmente con 68 Centros Penitenciarios ordinarios³³, 2 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, 32 Centros de Inserción Social, 3 Unidades de Madres³⁴ y 14 Unidades Dependientes³⁵. La mayoría de los centros son centros polivalentes distribuidos en módulos, aunque aún quedan algunas prisiones antiguas con otro tipo de distribución arquitectónica³⁶.

Para desarrollar las funciones que la ley le encomienda, la SGIP contaba en el año 2021 con una plantilla total de 23.234 trabajadores/as entre funcionarios de vigilancia, personal médico, personal responsable de tareas de evaluación, operadores responsables del área educativa y de talleres (Aebi *et al.* 2022). Aunque la actividad penitenciaria debería girar en torno al tratamiento, por lo que los equipos de intervención presentan habilidades multidisciplinares, es el personal de interior quien representa la inmensa mayoría del colectivo de trabajadores del sistema penitenciario. Pese a que la ratio persona presa trabajador/a penitenciario era en 2022 de 2 (superior a la media europea que es de 1,4), la mayoría de los trabajadores/as (62,6%), se dedican al área de vigilancia o régimen interno (*ibidem*)³⁷. La escasez de profesionales de tratamiento, quienes representan poco más del 5,7% del total de la plantilla de trabajadores/as penitenciarios, impide una verdadera individualización del mismo (*ibidem*). Nos encontramos a su vez que, aunque se imparten una gran diversidad de programas de tratamiento, éstos no se imparten en todos los centros, y el número de personas presas que acceden a los mismos es muy reducido. Se trata de un ejemplo más de cómo el universo carcelario se configura como un “archipiélago penitenciario” (Sbraccia & Vianello, 2016) debido a que cumplir la pena privativa de libertad en un centro u otro, o incluso en un departamento u otro del mismo centro, puede marcar una diferencia sustancial respecto de las condiciones de vida de los/as reclusos/as.

Tal y como se ha ido señalando en la Introducción, de cara a comprender el fenómeno del uso de la fuerza en las prisiones españolas y, en particular, de la aplicación de contención mecánica, es importante tener en mente la relación existente entre régimen de aislamiento, problemas de salud mental e inmovilizaciones (Stroppa, 2022). Cómo ha sido detectado también por el MNP, existe una correlación directa entre ubicación en un módulo o departamento de aislamiento y cantidad de episodios de sujeción mecánica. Es decir, según los datos recopilados por el MNP, la mayoría de las contenciones mecánicas se aplica a un número reducido de internos/as, que se encuentran ubicados en el departamento o módulo de aislamiento (MNP 2017a, §323). Por ello, a efectos del presente estudio, pese a la escasez de los datos disponibles, se considera relevante aproximarse desde un punto de vista cuantitativo a la

33 Es estos centros se encuentran habitualmente las personas privadas de libertad a espera de juicio (preventivos/as) y las personas clasificadas en primer y segundo grado de tratamiento.

34 Las unidades de madres son infraestructuras dependientes de los centros penitenciarios separadas arquitectónicamente del resto, donde las internas madres clasificadas en régimen de tercer grado o segundo grado con flexibilidad pueden convivir con su hijo/a pequeño.

35 Las Unidades Dependiente son unidades ubicadas fuera del recinto de los centros penitenciarios, preferentemente en viviendas ordinarias del entorno comunitario que prestan un servicio formativo, laboral y/o de tratamiento.

36 El modelo arquitectónico que ha adoptado la administración española, conformado por grandes centros autosuficientes, ha producido un progresivo alejamiento de las prisiones de los centros urbanos, creando importantes obstáculos para las relaciones con el exterior. A esto se unen las evidentes deficiencias de transporte público a los centros y la política de la administración de distribución de la población reclusa que ocasiona que casi la mitad de los/as internos/as cumplan condena en centros fuera de la provincia del domicilio familiar (Prison Insider, 2018).

37 La media europea es del 62,1% (Aebi *et al.*, 2022).

práctica del aislamiento en las prisiones españolas. A lo largo de 2022 han estado clasificadas en primer grado de tratamiento un total de 397 personas, en cambio, 21.243 personas han sido sancionadas con una sanción disciplinaria de aislamiento de máximo 14 días³⁸.

5.1 El modelo de atención sanitaria en el sistema penitenciario dependiente de la AGE

Pese a las disposiciones establecidas en la Ley 16/03 de Cohesión del Sistema Sanitario, en el sistema penitenciario dependiente de la AGE la atención sanitaria continua bajo la competencia del Ministerio del Interior³⁹.

En las prisiones españolas hay establecidos Equipos de Atención Primaria formados por médicos, enfermeros y auxiliares de clínica. Estos/as profesionales son, en su gran mayoría, funcionarios/as de los Cuerpos facultativos/as de enfermeros/as de Instituciones Penitenciarias, dependiendo orgánicamente, por tanto, del Ministerio del Interior. Como llevan años denunciando entidades como la APDHA (2016), el hecho de que esta red sanitaria de atención primaria se encuentre aislada y gestionada por la SGIP es una de las principales limitaciones de este modelo de gestión en la medida en que los médicos de prisiones son profesionales que se ven limitados/as por criterios presupuestarios, de seguridad y de orden regimental, y no exclusivamente por los de salud. Sin embargo, las problemáticas derivadas de este modelo de gestión de la sanidad penitenciaria van mucho más allá de la primacía de la lógica de la seguridad, llegando a un punto en que instituciones penitenciarias ha dejado de poder garantizar la atención sanitaria en algunas cárceles.

Según datos oficiales, entre 2018 y 2021, un total de 175 médicos penitenciarios dejaron de ejercer sus funciones en los centros penitenciarios, de los cuales 106 fueron por jubilación voluntaria y 29 por jubilación debida a la edad (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL), 2023). En el año 2020, la ratio media estimada de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas en España era del 5,2, cifra muy inferior a la ratio media para la región europea estimada por la OMS, la cual está establecida en 8,0.

A 21 de junio de 2023, la plantilla era de 159 facultativos/as, pese a que según denuncian desde la SESP el número total debería ser de 481. Como lamentaban desde el área de sanidad penitenciaria de CSIF-prisiones (2020), ante la situación de sobrecarga de trabajo generada por el constante goteo de jubilaciones y la no cobertura de estas plazas, la mayoría de las médicos/as que quedan en Instituciones Penitenciarias optan por solicitar la jubilación anticipada. Además, cabe tomar en cuenta que la edad media de los médicos/as de prisiones es de 58 años en el caso de los hombres y 55 en el de las mujeres, estando previsto que a lo largo del año 2023 se jubilen 30 facultativos/as más. A pesar de que el Ministerio de Interior ha abierto en los últimos años varias oposiciones para acceder al cuerpo de facultativos/as penitenciarios/as, las convocatorias han tenido muy poco éxito, siendo insuficientes las personas que se presentaron, y menos aún las que finalmente fueron admitidas.

Ante la crítica situación derivada de la escasez de médicos/as, en 2021 la SGIP iniciaba un proyecto piloto para implementar un modelo de atención en urgencias, en vigor en, al menos, 19 centros penitenciarios en los que se ha dejado de ofrecer atención primaria. El sistema de atención implantado actualmente en estos centros ofrece a las personas presas un sistema de telemedicina de 9 a 15 horas y de 16 a 21 horas en días de diario y de 9 a 21 horas en

³⁸ Datos transmitidos en septiembre 2023 por parte de la SGIP a la Asociación ALA tras la petición de acceso a la información pública.

³⁹ Con la excepción de la cárcel de Navarra, como se ha visto anteriormente.

festivos y fines de semana. Tal y como reconoce la SGIP (2022), las guardias telemáticas en estos centros se llevan a cabo con facultativos de sanidad penitenciaria de otros centros, aumentando la carga de trabajo de dichos profesionales. Como denuncian desde la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM, 2023), esta situación de abandono de la Atención Primaria en prisiones por un modelo de urgencias que «abandona la prevención, olvida el seguimiento de patologías crónicas y hace imposible el diagnóstico temprano» ha dado lugar a una alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y problemas de salud mental en los presos.

La insuficiente dotación de personal sanitario representa una fuente de preocupación también por el MNP, en cuanto ésta “afecta de manera notable la calidad y frecuencia de la asistencia sanitaria. A ello se une la falta de presencia de estos profesionales durante las 24 horas en determinados centros” (MNP, 2018, § 156). Respecto de las jubilaciones de los/as profesionales sanitarios/as, el MNP, en su último informe publicado en 2022, apunta que éstas se han incrementado y que, por ende, la oferta sanitaria que se presenta sigue sin ser atractiva y no consigue motivar nuevas incorporaciones al ámbito penitenciario (MNP, 2022, p. 33)⁴⁰. Del mismo informe, se extrae un fragmento relativo a las vulneraciones del derecho a la salud de las personas presas producido por la insuficiente asistencia sanitaria ofrecida:

A mediados de año 2022, bastante más de la mitad - el 61 % - de los puestos médicos estaba vacante y lo que es todavía más grave, 21 centros penitenciarios no contaban con personal facultativo propio. La situación está lejos de haber tocado fondo. Como consecuencia de ello, se han buscado fórmulas de atención que entrañan ciertos riesgos desde la prevención del maltrato. Cada vez es más frecuente que los centros visitados, pese a ser centros grandes, informen que se ha implantado un sistema de atención cubierto mediante guardia médica localizada. Esta situación, de facto pone en riesgo el derecho a la salud de las personas privadas de libertad y supone que también se encuentre en riesgo el deber correlativo de la Administración penitenciaria de garantizarla. Se ponen en riesgo cuestiones de gran relevancia, tales como, el preceptivo reconocimiento médico en el momento del ingreso en prisión, el informe previo también preceptivo en caso de aplicación de medidas de carácter coercitivo, como el aislamiento o la aplicación y seguimiento del uso de correas de sujeción, la redacción de los partes de lesiones o la prescripción de la medicación. Además, obliga a tomar decisiones en este ámbito a personas que, aunque del ámbito sanitario, no están cualificadas para ello. De esta situación también resulta una demanda injustificada de los servicios de emergencia comunitarios (ivi, p.34).

En lo que respecta a la atención especializada que se ofrece a las personas presas, se lleva a cabo de dos maneras: hay establecimientos donde los médicos/as especialistas acuden al centro de manera periódica (normalmente psiquiatras) y, por otro lado, se realiza a través de la derivación de los/as pacientes a los/las especialistas del hospital de referencia, que todos los centros penitenciarios tiene asignado. Como señalábamos anteriormente, este modelo de atención requiere una coordinación entre el Ministerio del Interior y los servicios autonómicos de salud, una coordinación que como lleva años denunciando la APDHA (2008, 2016, 2020) en la práctica es prácticamente inexistente.

40 Datos facilitados por la SGIP que muestran la relación entre plazas de personal facultativo convocadas/cubiertas entre 2018-2022: oferta de empleo público (OEP) 2018: 7/35; OEP 2019: 5/35; OEP 2020: 6/40; la OEP de 2021 y 2022 en la que se han convocado un total de 80 plazas se encuentra en tramitación. En el proceso selectivo para el nombramiento de personal interino convocado en 2021 no resultó cubierta ninguna plaza. Aun así, en el año 2022 la intención era autorizar otro proceso similar para la cobertura de 40 plazas (citado en MNP, 2022, p.33).

Uno de los ejemplos más obvios de esta falta de coordinación es el del ámbito a la salud mental, ámbito que, como se ha ido viendo, cobra vital importancia en el contexto objeto de nuestro análisis. Como se apuntaba con anterioridad, la AGE cuenta con dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno ubicado en Sevilla y otro en Alicante. A diferencia de los hospitales generales que operan en la comunidad, cuyo funcionamiento se organiza alrededor de los profesionales sanitarios, la organización de estos es de carácter penitenciario. Los médicos psiquiatras desempeñan un rol asistencial (y pericial) coordinados por un facultativo de Atención Primaria del mismo hospital psiquiátrico penitenciario. Estos espacios están destinados principalmente a personas con trastornos mentales graves (TMG) que en el proceso judicial han sido consideradas inimputables o semi imputables, y por ello se les aplica una medida de internamiento para tratamiento médico. Pese a que el Código Penal dispone el internamiento en centros psiquiátricos especializados de estas personas en cuanto a medida de seguridad, se dan varios supuestos por los que pueden encontrarse internas en centros penitenciarios ordinarios. Ello puede ocurrir en los siguientes casos 1) si el TMG pasa inadvertido en todo el procedimiento penal; 2) si, pese a advertirse, se entienda que la persona es imputable; 3) si se valora que la persona es semi-imputable pero, que por decisión del juez y/o por la limitación del número de plazas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, la persona se debe derivar a un módulo de enfermería de un centro ordinario para cumplir las medidas de seguridad; 4) si el TMG se genera en prisión (SESP & SEPP, 2023)⁴¹.

Según los últimos datos publicados al respecto por el Defensor del Pueblo, en 2018, hubo 533 personas consideradas inimputables en CP dependientes de la AGE, de las que 431 se encontraban en hospitales psiquiátricos penitenciarios y 102 en centros penitenciarios ordinarios. Como denuncian desde la APDHA (2016) el internamiento en un centro adecuado a su dolencia es incompatible con los módulos ordinarios de las prisiones en la medida en que resulta imposible ofrecerles una atención individualizada o un régimen de vida diferenciado, tal y como establece la Ley⁴². Además, estas personas acaban siendo ubicadas no solo en enfermerías de los centros penitenciarios, sino también en módulos ordinarios, donde los profesionales no saben quiénes son y a veces se usan medios coercitivos con ellos, pese a que la ley impide imponerles este tipo de medidas.

Según datos oficiales, casi el 50 % de las personas internas en centros penitenciarios de la AGE valoradas en la consulta de Psiquiatría son diagnosticadas de un trastorno mental grave (SESP y SEPL, 2023). La atención psiquiátrica a estas personas puede proporcionarse de 3 formas distintas: 1) en el propio centro penitenciario, 2) en los servicios sanitarios autonómicos correspondientes (exterior), o 3) mediante telemedicina⁴³.

La problemática estructural de la falta de profesionales de la medicina afecta especialmente al campo de la psiquiatría, hasta el punto de que actualmente hay un único psiquiatra contratado en plantilla en los centros penitenciarios dependientes de la AGE (*ibídem*). La atención psiquiatría en estos centros se lleva a cabo mediante psiquiatras que actúan como inter-consultores/as con diversas formas de vinculación contractual (61% psiquiatras del sector público,

41 En estos casos, si el trastorno mental es de tal gravedad que impida a la persona interna comprender el sentido de la pena, es posible la suspensión de la condena y el internamiento en un centro psiquiátrico apropiado.

42 Véase el artículo 20 del RD 840/2011, de 17 de junio.

43 Según apunta el MNP, avanzar en la telemedicina y en el acceso recíproco a la historia clínica digital constituye una de las medidas principales de cara a paliar la escasez de personal médico en prisión, pese a que el objetivo último debe ser el traspaso de la sanidad penitenciaria al sistema público de salud (MNP, 2022, p. 34).

39% del sector privado). Según la SESP y SEPL se estima que la dedicación aproximada de estos/as profesionales es de 3 horas semanales por centro⁴⁴.

En 2020 un tercio de los ingresos en los módulos de enfermería de los centros penitenciarios dependientes de la AGE fueron por patología psiquiátrica, y los ingresos por trastorno mental representaron el noveno motivo de ingreso hospitalario más frecuente. No obstante, tal vez el dato más alarmante sea que el gasto en fármacos neurolépticos en instituciones dependiente de la AGE aumentó entre 2016 y 2021, a pesar de que la población penitenciaria hubiese disminuido considerablemente en ese periodo. El gasto farmacéutico anual correspondiente a las compras centralizadas de la administración penitenciaria tendió a disminuir en dicho período; sin embargo, el gasto en fármacos neurolépticos incrementó en más del 50% (*ibídem*).

La SGIP desarrolló hace ya algunos años un Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)⁴⁵, sin embargo, la escasez de recursos limita su implementación y funcionamiento óptimos. Por esta misma razón, se beneficia del PAIEM sólo un número limitado (y menor al deseable) de personas internas con TMG en los centros penitenciarios. Este aspecto ha sido apuntado también por el MNP (2018, p. 145), cómo el número de internos/as que participan en el PAIEM contrasta con la extendida impresión sobre la alta incidencia de trastornos mentales entre población penitenciaria.

5.2 La Instrucción 3/2018

El protocolo para la aplicación de medidas de sujeción o contención mecánica por motivos regimentales se regula actualmente a través de la Instrucción 3/2018 de 25 de setiembre “Medios Coercitivos. Protocolo para la aplicación de sujeción mecánica por motivos regimentales”⁴⁶. Ésta ha sido la primera instrucción aprobada por la SGIP que tiene por único objeto la regulación de dicho medio coercitivo. Con anterioridad a la aprobación de la citada instrucción, el empleo de este medio coercitivo en los centros penitenciarios dependientes de la AGE se regulaba en la Instrucción 3/2010 relativa al protocolo de actuación en materia de seguridad, el cual dedicaba su quinto apartado a describir el protocolo para la aplicación de las medidas de sujeción mecánica.

La actual instrucción hace alusión en su exposición de motivos a la conveniencia de establecer un protocolo de actuación en relación con el uso de estas medidas acorde con los estándares internacionales en esta materia, así como en las recomendaciones y buenas prácticas recogidas en la *Guía* elaborada por el MNP (2017), en relación con el uso de medidas de contención mecánica. Como se verá con más detenimiento en el capítulo siguiente, la Instrucción 3/2018 recoge la gran mayoría de las indicaciones formuladas por el MNP en materia de contención mecánica.

44 En cuanto al uso que se realiza de los recursos sanitarios en los centros penitenciarios dependientes de la AGE, en el año 2022, en los 62 de los 66 centros penitenciarios ordinarios que ofrecían atención psiquiátrica proporcionada por los servicios públicos autonómicos: en el 53% de ellos las consultas se realizaban en el mismo centro penitenciario, en el 32% en los servicios sanitarios autonómicos correspondientes (exterior) y en el 15% a través de telemedicina.

45 Para consultar el Protocolo de Aplicación del PAIEM se remite a <https://consaludmental.org/publicaciones/PAIEM.pdf> (consultado el 08.10.23)

46 Para consultar el texto de la Instrucción se remite a https://www.acaip.es/images/docs/instruccion_3_2018_Medios_coercitivos.pdf (consultado el 08.10.23).

Pese a las disposiciones contenidas en la legislación penitenciaria en relación con el empleo de métodos coercitivos analizadas anteriormente, la citada instrucción, de manera similar a cómo se hace en la *Guía* elaborada por el MNP, señala que:

La contención o sujeción mecánica en los Centros penitenciarios, como proceso de inmovilización de una persona con instrumentos destinados a restringir sus movimientos y el normal acceso a su cuerpo, está prevista en la legislación penitenciaria española en el marco establecido para el uso de los medios coercitivos por los artículos 45 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y 72 del Reglamento Penitenciario.

Para entender dicha referencia cabe remitirse a la Instrucción anterior (3/2010) en la cual se afirmaba que:

Cuando el Reglamento Penitenciario habla del uso de las esposas, en realidad se está refiriendo a la necesidad de inmovilizar, sujetar o contener mecánicamente los movimientos de un interno y antes de ello, por exigencia del propio artículo 72 ya citado, hay que constatar si existe o no otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida.

Al igual que la *Guía* del MNP (2017), la Instrucción 3/2018 avala la existencia de dos tipos de contenciones mecánicas: la regimental, que se aplica como medida de seguridad u control de una persona por parte de los funcionarios/as, y la sanitaria o terapéutica, que se emplea por razones de tipo médico.

Dicha diferenciación entre contenciones mecánicas por motivos regimenterales y contenciones mecánicas por motivos sanitarios la encontrábamos también en la anterior instrucción (la 2/2010), sin embargo, mientras en dicha instrucción se describía de forma diferenciada el protocolo de aplicación de ambos tipos de medidas, así como los criterios que permitían discernir entre la necesidad de aplicar una u otra medida, la actual instrucción “regula, únicamente, la sujeción mecánica regida por criterios regimenterales, quedando las sujeciones sanitarias sujetas a la normativa sanitaria general en la que se prevé este tipo de procedimiento”. Sin embargo, tal y como ha aflorado durante una entrevista mantenida con el MNP⁴⁷, debe constatar que la SGIP no toma en cuenta la mencionada normativa sanitaria general elaborada por las comunidades autónomas, a lo que, en muchos casos, las contenciones sanitarias se realizan conforme la Instrucción 3/2018 dedicada a las contenciones regimenterales.

Adentrándonos en el contenido concreto de la Instrucción 3/2018, en el primero de sus apartados se describen los medios preventivos alternativos a la contención mecánica que deben aplicarse con anterioridad a la misma. En este apartado menciona los siguientes aspectos: las maniobras previas de diálogo o desescalada, la necesidad de atender a la causa de la agitación y no al síntoma, la pertinencia de ofrecer a la persona un espacio donde poder serenarse o aplicar una medida de aislamiento provisional o el valorar la intervención del personal sanitario en las maniobras de diálogo y desescalada. Tal y como apuntan la APDHA y Osabideak (2019), resulta preocupante, sin embargo, que el protocolo no haga mención en ninguno de sus apartados a los graves riesgos que para la persona puede suponer un mal uso de las sujeciones (contusiones, laceraciones, úlceras por presión, muerte súbita etc.). Sobre todo, sorprende negativamente el hecho de que la instrucción no recoja la prohibición de inmovilizar a quienes padecen patologías médicas que suponen una contraindicación para la aplicación de la contención mecánica, como son el trastorno mental grave o los pacientes con epilepsia.

En el apartado segundo de la instrucción se describen los supuestos de aplicación (aquellos establecidos en el art. 45 de la LOGP), así como las modalidades previstas, distinguiendo entre sujeciones de temporalidad reducida (mediante esposas) y sujeciones de temporalidad prolongada (mediante correas de sujeción). En opinión de la APDHA y Osabideak (2019) los supuestos que se establecen en el protocolo son demasiado amplios y posibilitan una intención punitiva en su uso y, por tanto, su consideración como un trato inhumano o degradante.

En el tercer apartado se describe el procedimiento de aplicación de la medida, diferenciando nuevamente entre medidas de temporalidad prolongada y reducida. Entre los aspectos más remarcables se encuentran:

1. La necesidad de que su utilización sea previamente autorizada por el director/a o mando de incidencias, pese a establecerse que “cuando razones de urgencia no lo permitan, se autorizará por el/la Jefe/a de Servicios y se le comunicará a la mayor brevedad”. Además, en ningún caso podrá adoptarse esta medida por los funcionarios de servicio sin autorización y presencia del Jefe o jefa de Servicios.

2. La necesidad de que, para aplicar la medida, estén presentes al menos 4 funcionarios/as (siendo deseable 5) y que deba estar siempre presente el/la jefe/a de Servicios, siendo éste/ésta él o la responsable de dirigir y coordinar todo el proceso.

3. La necesidad de requerir la presencia del médico o médica para que valore y emita informe de la situación, haciendo constar en el mismo si existe impedimento clínico para llevar a cabo la medida, así como si considera pertinente abordarla desde un punto de vista sanitario. En este punto resulta pertinente señalar que la instrucción contempla la posibilidad de que, ante la falta de médico/a, el informe sea emitido por personal de enfermería⁴⁸.

4. Tras la descontención o liberación completa de la persona, el médico/a examinará el estado en que se encuentra la persona a fin de verificar la corrección de la medida desde el punto de vista sanitario y, aprecie o no lesiones, emitirá nuevo parte de lesiones⁴⁹.

El cuarto apartado de la instrucción está dedicado a describir la supervisión que se debe llevar a cabo durante la aplicación de la medida. Se establece: 1) la observación continua mediante medidas de video-vigilancia por parte de personal de vigilancia; 2) la supervisión presencial por parte de personal de vigilancia, quien, con una periodicidad no superior a una hora, deberá valorar la pertinencia o no de mantener la medida y registrar la información en una hoja de registro que se incluye en el anexo 1 de la instrucción; 3) la supervisión presencial por parte del/de la Jefe/a de Servicios con una periodicidad

48 Según la perspectiva de la Administración penitenciaria, la aprobación del profesional sanitario respecto de la aplicación de la sujeción mecánica regimental y la valoración llevada a cabo por éste de cada caso individual es la razón que motivó la decisión de no incluir en el texto de la Instrucción la prohibición de cara a sujetos con determinadas patologías graves. Sin embargo, cabe recordar una vez más, que según el derecho internacional de *soft law* el personal médico nunca debería verse involucrado en procesos disciplinarios (sobre todo la aplicación de sanciones de aislamiento), así como de medios coercitivos. Sobre el punto, entre otros, Regla Mandela nº 46, Regla Penitenciaria Europea nº 23, Physicians for Human Rights & Antigone, 2023.

49 El Defensor del Pueblo en 2014 publicó el “Estudio sobre los partes de lesiones de las personas privadas de libertad” en el cual se analiza la situación de los partes de lesiones en el sistema jurídico y sanitario español, además de proponer unas recomendaciones para su unificación, delimitando el conjunto mínimo de datos que deben contener los partes de lesiones en el caso de los sujetos reclusos. Para consultar el estudio se remite a <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2014-06-Estudio-sobre-los-partes-de-lesiones-de-las-personas-privadas-de-libertad.pdf> (consultado el 08.10.23).

no superior a 3 horas, quien deberá rellenar otra hoja de registro contenida en el anexo 3 de la instrucción; 4) la supervisión por parte del/de la Jefe/a de Servicios del proceso de atención a las necesidades fisiológicas de la persona; 5) la necesidad de que el Director/a emita un informe a la subdirección general de inspección penitenciaria siempre que la medida se alargue más allá de las 8 horas; 6) el seguimiento de la medida por parte del personal sanitario con una periodicidad no superior a las 4 horas, anotando el estado de salud de la persona y, si procede, informando acerca de cualquier otra circunstancia que pueda incidir negativamente en su estado de salud, así como pudiendo aconsejar en cualquier momento la suspensión de la medida por razones sanitarias; 7) la necesidad de que la persona sea evaluada nuevamente por el médico o la médica una vez finalizada la medida.

En el quinto apartado de la instrucción se describen las condiciones mínimas que han de cumplir las infraestructuras y los equipamientos en los que se llevan a cabo tales medidas, siendo relevante apuntar la necesidad de que todos los centros acondicionen al menos una celda en los departamentos respectivamente de enfermería, régimen cerrado y departamento de aislamiento, así como que estas celdas cuenten con cámaras de video-vigilancia y de un sistema de audio que posibilite la comunicación bidireccional entre la persona contenida y los funcionarios.

Finalmente, el texto dedica su último apartado a describir los mecanismos de control y garantía establecidos para la aplicación de la medida, entre los que cabría citar: 1) la necesidad de documentar cada aplicación en un libro de registro, así como en el Sistema Informático Penitenciario (SIP) con independencia de las anotaciones de carácter médico que se realicen en el historial clínico de la persona; 2) el visionado de las grabaciones del sistema de video-vigilancia de cada aplicación por parte del director/a de seguridad del centro, 3) la comunicación inmediata de la adopción y cese de aplicación de la medida al JVP; 4) su comunicación a la subdirección general de análisis e inspección; 5) su comunicación al subdirector/a de tratamiento para que, a través de los/as diferentes profesionales de los Equipos Técnicos, se intente un abordaje terapéutico del comportamiento de la persona, así como para buscar estrategias preventivas que puedan evitar futuras aplicaciones.

En relación con este último apartado, en opinión de la APDHA y Osabideak (2019) en pro de una mayor transparencia, resultaría imprescindible que el protocolo estableciera el requisito de avisar al letrado/a del turno de oficio que se encuentre de guardia y al contacto familiar (como recomienda la OMS) siempre que se aplique una medida de estas características.

06 LAS CÁRCELES DEPENDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA DE CATALUÑA

El Estatuto de Autonomía de 1979 previó en su artículo 11 diversas materias en las que se atribuía a la *Generalitat* de Cataluña la ejecución de la legislación del Estado, una de las cuales era la penitenciaria. Al amparo de la previsión estatutaria, el 1 de enero del 1984 se formalizó el traspaso mediante el Real decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, que transfirió a la *Generalitat* las funciones y los servicios de la administración penitenciaria del Estado, con los medios personales, materiales y presupuestarios correspondientes. Esta potestad de auto organización administrativa se tradujo, posteriormente, en la aprobación del Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Cataluña. Pese a que el texto del Reglamento es largo y detallado, como apunta Tamarit (2016), sorprende que no haga ninguna referencia al RP de 1996, ni en el sentido de dejar clara la subordinación a éste, ni en el contra-

rio de declarar su carácter supletorio, lo que hace pensar que se ha pretendido precisamente esta ambigüedad.

La Administración catalana se encuentra, orgánicamente, dentro de la estructura del *Departament de Justícia, Drets i Memòria*, siendo su denominación legal desde el año 2019 la de *Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima* (en adelante, SMPRAV)⁵⁰. Su rango orgánico es de secretaria general, y actúa bajo la dirección superior de la *Conselleria de Justícia, Dret i Memòria*⁵¹.

El sistema penitenciario catalán cuenta actualmente con 9 centros ordinarios, 4 centros abiertos⁵² y una Unidad Hospitalaria penitenciaria (UHPP). Todo el personal que trabaja en las instituciones penitenciarias catalanas pertenece a la administración de la *Generalitat* de Catalunya, pero mientras el personal propiamente penitenciario (personal administrativo, de vigilancia y tratamiento) pertenecen al *Departament de Justícia*, los docentes⁵³ y personal sanitario son personal, respectivamente, del *Departament d'Educació* y de *Salut*.

6.1 Las peculiaridades del sistema catalán; modelo rehabilitador e orientación actuarial

En 2011 el *Departament de Justícia* publicó un manual de suma relevancia para el entendimiento de la orientación del sistema penitenciario catalán, su organización, pero sobre todo su vocación tratamental y rehabilitadora. El texto se titula “*El model de rehabilitació a les presons catalanes*” y concretamente ha sido elaborado por la *Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat* con la colaboración del CEJFE (DGSP, 2011). El manual se centra en la descripción de los programas de rehabilitación ofrecidos en los centros penitenciarios catalanes, los cuales se basan sobre determinados modelos criminológicos explicativos de la delincuencia, el más importante de los cuales es seguramente el modelo cognitivo-conductual. Con el desarrollo de este modelo, toman relevancia las variables cognitivas del sujeto, a lo que el modelo cognitivo-conductual explica la conducta problema y/o delictiva por la interacción entre las emociones, los pensamientos y las conductas del sujeto, así como por los desencadenantes y reforzadores externos, que recoge del modelo del condicionamiento operante, los cuales mantienen estas conductas a lo largo del tiempo y las refuerzan por las consecuencias “positivas” que se derivan para quién las emite (*ivi*, p.11).

Desde la administración penitenciaria catalana se entiende, entonces, que los programas de intervención inspirados en lógicas cognitivo-conductuales son herramientas facilitadoras del cambio, cuyo objetivo primario es modificar conductas, cogniciones, emociones, actitudes (García Bore´s Espí et al., 2015, p. 71). El modelo cognitivo-conductual impulsó la introducción, en 1999, del *Sistema d'Avaluació i Motivació continuada* (SAM), es decir, el sistema de logros y recompensas, que sigue actualmente vigente. Se puede afirmar que dicho sistema representa la materialización más evidente de la lógica pu-

50 Con la aprobación del Decreto 6/2019, de 8 de enero, de reestructuración del *Departament de Justícia* de la *Generalitat* de Cataluña se transforma a la *Direcció General de Serveis Penitenciaris* en la nueva de *Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima*. A partir de este momento, además de los servicios penitenciarios, también dependerá de esta *Secretaria el Centre d'Iniciatives per a la Reinserció* (CIRE), y la *Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil* que hasta ese momento dependía directamente de la *Conselleria*.

51 Art. 78.1 Decreto 47/2022, de 15 de marzo.

52 Centros destinados a las personas clasificadas en tercer grado de tratamiento, donde las personas privadas de libertad pueden habitualmente salir varias horas al día para ir a trabajar o realizar otras tareas vinculadas a su proceso de reinserción social.

53 Las escuelas de los centros penitenciarios son competencia del *Departament d'Educació* desde 2006, a través del Decreto 325/2006, de 22 de agosto.

nitivo-premial que inspira todo el universo carcelario español y catalán desde los albores de la construcción del sistema progresivo⁵⁴. El programa SAM mide la conducta de los internos según 20 indicadores, en base a los cuales se otorgarán beneficios a las personas presas por sus “conductas adaptativas” (*ibi dem*).

Además del modelo cognitivo conductual, la intervención rehabilitadora en el sistema penitenciario catalán se fundamenta sobre otros modelos explicativos de la delincuencia tales como: el del aprendizaje social, la teoría del control social, la teoría general de la tensión, la criminología del desarrollo (DGSP, 2011, pp. 12-14) y sobre todo el modelo del riesgo-necesidad-responsividad teorizado por los canadienses Andrews & Bonta (1994). Dicha teoría se basa sobre tres principios. El primero: los individuos que tienen un riesgo más alto respecto de los factores estáticos requieren de intervenciones más intensivas. El segundo: los factores dinámicos del riesgo que estén directamente vinculados con la actividad delictiva deben suponer los objetivos de los programas de intervención; el tercero: el principio de la individualización (*ibi dem*).

A dicho propósito, Nguyen, Arbach- Lucioni & Andre´s Pueyo (2011) señalan que determinar qué delincuentes presentan un mayor riesgo de predicción de comisión de un nuevo delito violento una vez recuperada la libertad es una tarea fundamental para prevenir dicho comportamiento. En el artículo *Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria* los autores catalanes recuperan el trabajo de Andrews & Bonta publicado en 1994, basado sobre cuatro grandes factores de riesgo: historia de la conducta antisocial, redes y vínculos antisociales, actitudes antisociales y patrón de personalidad antisocial (*ivi*, 2011, p. 273). En resumen, el objetivo que se pretende alcanzar con estas herramientas de corte actuarial consiste en identificar a los presos que presentan un mayor riesgo de reincidencia violenta de cara a maximizar la eficacia de los tratamientos dirigidos a su reinserción social.

En 2009 el modelo actuarial de gestión del riesgo penetró por completo en el sistema penitenciario catalán, materializándose en la escala RisCanvi, herramienta que hoy en día condiciona de manera invasiva la trayectoria penitenciaria de cada persona presa. Este instrumento se utiliza tanto para la determinación del PIT, como para la evaluación de la evolución de los/as internos/as y la toma de decisiones sobre ellos. La intervención rehabilitadora se ajusta a las necesidades evaluadas y al nivel de riesgo de conducta violenta, aspectos que desde la integración del RisCanvi son evaluados a partir del mismo, siendo los resultados del RisCanvi los que marcan los objetivos de intervención (García Bore´s Espi´ et al., 2015, pp. 71-72).

La escala RisCanvi se basa sobre cuatro criterios de riesgo: riesgo de reincidencia delictiva violenta, riesgo de violencia intra-institucional (emisión de conductas violentas en el interior de la prisión), riesgo de violencia autodirigida (autolesión y suicidio) y riesgo de quebrantamiento (evasión). El RisCanvi está compuesto por dos cuestionarios de valoración del riesgo: una versión reducida (*RisCanvi Screening*) que permite discriminar los sujetos de bajo riesgo de aquellos de alto riesgo y consta de 10 ítems, y una versión más extensa (*RisCanvi Completa*). Esta última consta de 43 ítems, y se utilizará para las personas privadas de libertad de alto riesgo, según los resultados del *RisCanvi Screening* (Andre´s Pueyo & Redondo, 2007).

54 Para profundizar sobre este punto se reenvía a Stroppa, 2022.

La implementación en los centros penitenciarios catalanes de la nueva metodología que se acaba de describir ha supuesto unas consecuencias muy relevantes para las personas privadas de libertad, llegando a condicionar totalmente su trayectoria penitenciaria. El hecho de haber sido sometido a contenciones mecánicas también es una variable para tomar en cuenta por el RisCanvi.

Cabe apuntar que el modelo cognitivo conductual al que se acaba de hacer referencia inspiró otro modelo fundamental para entender el ideal rehabilitador catalán, es decir, “El modelo de intervención dirigido a las necesidades del individuo” (Redondo & Andrés Pueyo, 2019). Bajo este modelo de intervención, se determina cuáles son los objetivos de intervención tratamental de cada sujeto privado de libertad, a partir de la evaluación exhaustiva de sus principales factores de riesgo y necesidades criminógenas. En ese sentido, la evaluación de la intensidad con la que inciden las diferentes necesidades en el individuo permite aplicar intervenciones de menor impacto con un contenido de matriz más educativa (intervenciones socio-educativas); intervenciones más intensivas y con mayor contenido psico-educativo (intervenciones psico-educativas); e intervenciones especializadas por tipologías delictivas con sujetos que muestran dificultades particulares (intervenciones específicas). De este modo, la intervención permitiría adaptarse a cada interno, más allá del hecho delictivo que haya cometido, y a la duración de su condena, para asegurar que todos los individuos puedan realizar una intervención especializada en el marco del cumplimiento de su sentencia (*ibídem*, pp. 8-9)

En aras de completar esta resumida descripción de los rasgos más característicos del sistema penitenciario catalán, cabe mencionar brevemente el *Pla estratègic d'execució penal d'adults: la rehabilitació com a missió*, (PEEPA) publicado por el *Departament de Justícia* también en 2019. No obstante, el análisis del PEEPA se revela fundamental para entender las tendencias del sistema penitenciario catalán en los próximos años (precisamente hasta el 2027).

Como primer punto, el PEEPA propone una suerte de “estado de la cuestión” del sistema penitenciario catalán. Entre otras, se detectan como debilidades del mismo: la dificultad de planificación y de coordinación entre la Dirección general y los centros penitenciarios; la falta de visión integral de trabajo conjunto entre los ámbitos de régimen interior y de tratamiento; la indefinición de la función directiva; la insuficiencia de herramientas de evaluación de la ejecución del sistema penal y de los programas de tratamiento; la necesidad de actualización de los programas de rehabilitación y también la heterogeneidad de actuación tanto en la ejecución de los programas de tratamiento, como en la aplicación de los protocolos de seguridad. (*Departament de Justícia*, 2019, p. 7). En cambio, algunos de los puntos de fuerza del sistema penitenciario catalán que se destacan son: los buenos equipamientos en el nuevo modelo de centros penitenciarios, la plantilla dotada de buena formación, la ratio óptima entre personal y número de internos, la consistencia y la eficacia de los programas de rehabilitación, la seguridad dinámica y el RisCanvi (*ibi dem*).

La optimización de la intervención rehabilitadora tanto en régimen ordinario como cerrado es uno de los objetivos estratégicos señalados en el PEEPA. En relación con dicho propósito, las principales mejoras a alcanzar en 2027 son: redefinir las funciones y las competencias de los equipos multidisciplinares que trabajan tanto en régimen cerrado como en régimen ordinario, así como continuar su formación sobre el Protocolo de Estambul y sobre la intervención grupal e incorporar el ámbito social y familiar en el programa de intervención elaborado por los mismos equipos multidisciplinares, (*ivi*, p. 50 y 53). Asimismo, se señala la necesidad de mejorar las estrategias comunicativas

entre el personal que trabaja directamente en contacto con la población penitenciaria, en el marco de la seguridad dinámica, y también de llevar a cabo una evaluación profunda de los incidentes que ocurren de cara a mejorar la gestión de estos y a prevenirlos (*ibi dem*)⁵⁵.

Siguiendo el diagnóstico propuesto en el PEEPA, la población penitenciaria catalana está compuesta por aproximadamente 22.220 personas, de las cuales el 58% se encuentra cumpliendo una medida penal alternativa, mientras el restante 42% se encuentra en ejecución penitenciaria. En régimen ordinario se encuentran clasificado el 59% del total de la población encarcelada (es decir, del 42% en ejecución penitenciaria), en régimen cerrado, el 1%, el 17% en régimen abierto y el 10% en libertad condicional (*ivi*, p. 9)⁵⁶. Sin embargo, a fecha de 31 agosto 2023 (últimos datos disponibles) se encontraba en régimen cerrado el 2,1% de la población penitenciaria catalana⁵⁷.

La Administración penitenciaria catalana se ha marcado como objetivo para 2027 aumentar la población en medidas penales alternativas a un 62%, reduciendo de este modo aquella en ejecución penitenciaria a un 38%. La necesidad de fomentar la aplicación de las medidas alternativas tiene como explicación las bajas tasas de reincidencia de las personas destinatarias de las mismas, en comparación con aquellas que cumplen la pena en el interior de un centro penitenciario. Concretamente, la reincidencia de aquellas personas en medida alternativa es inferior (10%) en comparación a aquella de la población penitenciaria general (30,2%) (*ivi*, p. 20). Los datos del PEEPA que se acaban de mencionar sobre la reincidencia han sido actualizados por otro estudio recientemente publicado por el CEJFE “Tasa de reincidencia penitenciaria de 2020” (CEJFE, 2023). Según el estudio, la reincidencia penitenciaria en Catalunya habría bajado hasta el 23,1% en hombres y el 20 % en mujeres (p. 2). Vuelve a confirmarse que “las salidas escalonadas de prisión y la reducción progresiva del control sobre las personas condenadas, basada en las evidencias de la mejora en el comportamiento, son la mejor garantía de éxito para alcanzar el desistimiento delictivo” (*ivi*, p. 4). El 79,7 % de los sujetos reincidentes en Catalunya salen en libertad definitiva desde el medio cerrado (primero o segundo grado) (*ivi*, p. 9); más precisamente, quienes salen en libertad directamente del régimen cerrado de aislamiento correspondiente a la clasificación en primer grado presentan una tasa de reincidencia del 56,8 % (*ivi*, p. 4).

Según datos de la SMPRAV, la ratio de personas privadas de libertad por profesional era, en el caso del sistema penal catalán, de 1,36 en 2022, muy cercana al valor medio europeo (1,4) y mucho más baja que en el caso de España (2). En lo que respecta a las ratios persona presa por profesional de custodia, según el informe SPACE I (Aebi *et al.* 2022) esta fue de 2,4 para el año 2022. La ratio personas presas por trabajadores/as de esta administración ha ido decreciendo en Cataluña de forma paulatina desde el año 2011 hasta la actualidad, siendo el año 2011 de 2,13⁵⁸.

55 El concepto de seguridad dinámica se articula en oposición respecto de aquello de la seguridad estática, que hace referencia a determinados medios físicos y técnicos para garantizar la seguridad dentro de un establecimiento penitenciario. En cambio, la seguridad dinámica se basa en el contacto personal y el conocimiento general de lo que sucede en la Institución. La seguridad dinámica incluye los siguientes elementos: relaciones positivas, comunicación e interacción entre el personal y los reclusos; profesionalismo, recolección de información relevante; observación y mejora del clima social en la institución penal; firmeza y ecuanimidad; comprensión de la situación personal del recluso; comunicación, relaciones positivas e intercambio de información entre todos los empleados (UNDOC, 2015, pp. 33-34).

56 Estos datos son relativos al año 2017.

57 Véase http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/9_pob.html consultado el 13.10.23.

58 Véase http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/, consultado el 30.10.23

Se han de tener en cuenta, sin embargo, otros factores como el elevado número de bajas sin cubrir, que, según datos facilitados por la administración el 29 de septiembre de 2022, suponían el 42% de las bajas existentes, creando un déficit de 216 puestos de trabajo que afectan en mayor medida al ámbito de interior y, en segundo lugar, al de tratamiento (CCOO, 2022). Otro de los aspectos a destacar respecto a la plantilla de trabajadores/as penitenciarios es que más del 50% de estos/as tienen 50 años o más y casi el 30% del total general tiene 55 años o más. Este hecho, como denuncian reiteradamente los sindicatos de funcionarios/as penitenciarios, supone que la mayoría de los trabajadores/as deben tratar con personas presas mucho más jóvenes que ellos/ellas, con las implicaciones que ello puede tener, tanto en el ámbito de la seguridad como en el del tratamiento o reinserción.

En cuanto a la diferenciación de los profesionales por área de actividad, en el sistema penitenciario catalán el personal de interior o régimen representa el 58,9 % y el de tratamiento un 15,09%⁵⁹. Como puede constatarse, la proporción de personal que se dedica a tareas de intervención o tratamiento en el sistema penitenciario catalán es casi tres veces superior que en el sistema penitenciario español (5,55%). Este dato se relaciona directamente con el mayor énfasis que el sistema penitenciario catalán ha querido dar al tratamiento penitenciario, donde desde principios del siglo XXI se ha apostado por una tecnificación de los programas específicos de intervención, ofreciendo una mayor y más variada oferta de programas que su homóloga estatal, llegando incluso a posicionarse a nivel europeo como un referente en este ámbito.

6.2 La atención a la salud en las cárceles catalanas

En octubre del 2006, mediante el Decreto 399/2006, se asignaron al *Departament de Salut* de la *Generalitat* de Catalunya las funciones en materia de salud de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios catalanes, integrándose, de este modo, los servicios sanitarios penitenciarios en la estructura organizativa del Instituto Catalán de la Salud (ICS) que asumía su gestión. Estas funciones se desarrollan a través del denominado Programa de Salud Penitenciaria (PSP), servicio integrado administrativamente en la atención primaria del ICS.

La atención primaria en las cárceles catalanas se despliega a través de la constitución en cada CP de un Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP). Estos equipos son similares a los que encontramos en los centros sanitarios comunitarios, pero con adaptaciones específicas, como la gestión de farmacia, el ámbito de atención con “hospitalización” en las enfermerías, el concurso de especialistas en el interior de los centros y las obligaciones propias que el equipo sanitario tiene con la institución penitenciaria y judicial (Fernández Náguez, 2017).

Como han reconocido algunos/as profesionales sanitarios/as penitenciarios/as, esta disociación de competencias de los Equipos, entre el ICS y el *Departament de Justícia*, puede comportar una falta de alineamiento de criterios, procedimientos y objetivos entre el EAPP y la institución penitenciaria. Este aspecto ha sido puesto de manifiesto, a su vez, por entidades que realizan monitoreo carcelario en las cárceles catalanas como el SIRECOVI, quienes consideran que la dependencia funcional de los profesionales sanitarios de la dirección del

⁵⁹ Cabe resaltar que el sistema penitenciario catalán dispone de un porcentaje de profesionales dedicados a las actividades educativas considerablemente superior respecto al porcentaje español y al valor medio europeo. En 2019, el porcentaje catalán fue el 8,7% (dato español 5, %; valor medio europeo 2,7%) (Aebi & Tiago 2019), en 2020 el porcentaje catalán alcanzó el 10% (dato español 5,7%; valor medio europeo 2,3%) (Aebi & Tiago 2020), llegando a disminuir al 9,1 % en 2022 (dato español 5,4%; valor medio europeo 2%) (Aebi et al., 2022).

centro penitenciario acaba traduciéndose en una gestión de situaciones que lejos de valorarse bajo criterios médicos basados en la promoción de la salud y la integridad de la persona privada de libertad, se rigen por criterios de seguridad y control disciplinario (SIRECOVI, 2018). Este tipo de prácticas cobran especial relevancia en el contexto objeto de nuestro análisis, atendiendo el papel que tiene en encomendado los médicos y médicas en el marco de la aplicación de medios coercitivos.

Como indican los *prison studies*, la cultura del personal médico que trabaja en prisión normalmente tiende a situarse en una posición “externa” respecto a la lógica carcelaria (Sarzotti, 2007); aún más en los casos en que el personal médico no depende directamente de la administración penitenciaria. Sin embargo, se puede afirmar que cuando se trata de la inmovilización, asistimos a una superposición total entre los planos interno y externo. La consecuencia directa es que, una vez más, se confirma la primacía de las necesidades disciplinarias en detrimento de las necesidades de tratamiento e incluso médicas.

A pesar de que la integración de la sanidad penitenciaria a los servicios sanitarios autonómicos ha permitido que los recursos sanitarios públicos se hagan extensivos a las personas privadas de libertad, ella no ha supuesto, al menos en términos suficientes, la creación de nuevos servicios sanitarios con capacidad de dar respuesta a las necesidades concretas que en este ámbito presenta la población penitenciaria. En este contexto resulta especialmente preocupante el ámbito de la atención a la salud mental, que es particularmente relevante de cara a nuestro objeto de estudio. En julio del 2017 la *Generalitat* reconocía⁶⁰ que la mitad de las personas privadas de libertad sufrían problemas de enfermedad mental⁶¹. Ese mismo año se firmaba el primer Convenio entre el *Departament de Justícia* y el *Departament de Salut* para determinar la prestación en materia de salud mental. Actualmente, el ICS tiene subcontratados los servicios de atención psiquiátrica con las instituciones que son proveedoras de este servicio en cada territorio⁶². El modelo de psiquiatría actual aborda la salud mental a través de la hospitalización y el tratamiento ambulatorio. Sin embargo, mientras que el servicio de atención ambulatorio en psiquiatría está disponible en todos los centros penitenciarios - integrado por un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a clínico/a un enfermero/a y un/a terapeuta ocupacional- la hospitalización únicamente es posible en la provincia de Barcelona.

Según los datos recogidos en el informe elaborado por la asociación *Justícia i Pau*, en 2020, el 39,62% de la población penitenciaria general catalana padecía de trastorno de ansiedad (17,97% de la población general del ICS) y el 12,3% de trastorno de personalidad (1,51% de la población general del ICS). Mientras que el porcentaje de personas que sufren de depresión es poco más del 6 % tanto dentro como fuera de prisión, la esquizofrenia afecta al 3,24 % de la población reclusa, en contra del 0,4 % de la población general del ICS (*Justícia i Pau*, 2022, p. 29).

60 El Nacional (27 de julio de 2017), Equipo Permanente de salud mental en las prisiones, recuperado de https://www.elnacional.cat/es/sociedad/equipo-salud-mental-prisiones_178359_102.html consultado el (17.06.23)

61 Según datos del ICS en el año 2020, la prevalencia de enfermedad mental en los centros penitenciarios catalanes se estimaba del 36,65 % para trastornos de ansiedad, el 11,63% para los trastornos de personalidad, del 6,47% para la depresión, 2,75% para la esquizofrenia y 1,87% para retraso mental. Cifras que se incrementan de forma muy alarmante si tenemos en cuenta únicamente la población de mujeres privadas de libertad, ascendiendo al 51,35% para los trastornos de ansiedad y al 18,92% para trastornos de personalidad. A estos datos, cabrá sumar los del consumo de tóxicos, teniendo en cuenta que un 43% de las personas presas, se declaran consumidoras en el momento del ingreso en prisión.

62 Fundación San Juan de Dios (centros de Barcelona); Fundación Althaia (Manresa); Instituto de Asistencia Sanitaria (Gerona); Gestión de Servicios Sanitarios (Lleida) e Institut Pèrè Mata (Tarragona).

Actualmente, Cataluña tiene dos centros penitenciarios de referencia para el ingreso de todos los internos/as con problemas severos de salud mental: Brians 1 y Brians 2, ambos ubicados en la provincia de Barcelona. La Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) del CP Brians 1 da servicio a toda la población psiquiátrica penitenciaria catalana y es la de mayor grado de especificidad, contando con una unidad de agudos de 10 plazas, una unidad de subagudos de 23, y una unidad de rehabilitación de 24 plazas. La Unidad de salud mental de Brians 2 consta de una unidad de observación para los pacientes de Brians 2, y de una unidad de rehabilitación intensiva supra sectorial de referencia para todos los centros penitenciarios de Cataluña, con un total de 70 plazas para hombres. Según indicaba el MNP en la ficha de visita del CP Brians 2 realizada entre el 7 y el 9 de mayo 2018, el establecimiento penitenciario de Brians 2 dispone de 11 médicos, excluida la directora de equipo de atención primaria penitenciaria, 13 enfermeros y de 19 auxiliares de enfermería.

Pese a la existencia de estos departamentos, no existen plazas suficientes para ubicar a la totalidad de población penitenciaria con diagnósticos psiquiátricos. Consecuentemente, la mayoría de estas personas acaban siendo ubicadas en módulos ordinarios, siendo habitual que, tal y como se describía en relación con el sistema penitenciario español, a causa de sus problemáticas de salud mental presenten problemas de adaptación al régimen penitenciario, que protagonicen incidentes, acumulen múltiples sanciones y que como consecuencia de estas acaben siendo objeto de medidas coercitivas como la contención mecánica y el aislamiento penitenciario.

Mención especial en este sentido merecen las personas que sufren algún tipo de discapacidad intelectual derivada en la mayoría de casos de la presencia de múltiples trastornos psiquiátricos, quienes generalmente presentan mayores problemas de adaptación. Según datos de un estudio realizado recientemente en el CP de Brians 1 la prevalencia de discapacidad intelectual en presos del centro penitenciario Brians 1 era del 35,6% (Muñoz, 2020). Como puso de relieve el estudio, estas personas mostraron mayores dificultades de adaptación a prisión, lo que se tradujo en más faltas disciplinarias (63,5%), mayor número de sanciones (49,2%) y aplicación de medios coercitivos (52,4%). Sin embargo, de los 177 presos que participaron en el estudio, sólo 1 de ellos estaba incluido en el programa destinado a personas con discapacidad intelectual (0,6%) y en sólo para 3 de los participantes (1,7%) se recogía el diagnóstico de retardo mental en su historia clínica. El resultado de todo ello acaba siendo que, aunque la gran mayoría de personas privadas de libertad que padecen enfermedad mental se encuentran en seguimiento psiquiátrico ambulatorio, la respuesta que en términos generales se les ofrece es el tratamiento farmacológico. Según datos del ICS el 49 % de las personas ingresadas en centros penitenciarios en Cataluña recibe, como mínimo, un psicofármaco actualmente⁶³.

Sobre dicha temática, en el Informe relativo al año 2019, publicado en 2020, el Defensor del Pueblo expresa las conclusiones y las recomendaciones de un estudio específico relativo a las personas con discapacidad intelectual en prisión (DP, 2019). El DP advierte de que solo 3 centros penitenciarios en todo el Estado cuentan con módulos especialmente diseñados para estas personas, y ninguno de ellos es femenino. Entre ellos se encuentra el módulo DAE del CP Quatre Camins, en Catalunya.

El Defensor del Pueblo apunta que a menudo se interpretan los comportamientos de las personas presas ubicadas en módulos no específicos como susceptibles de sanción disciplinaria. Además, cabe tomar en cuenta las ca-

⁶³ El Nacional (27 de julio de 2017), Equipo Permanente de salud mental en las prisiones, recuperado de https://www.elnacional.cat/es/sociedad/equipo-salud-mental-prisiones_178359_102.html[G³ consultado el (17.06.23)

rencias en la plantilla de técnicos especialistas en discapacidad intelectual como psicopedagogos, psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales, ya que “estas personas padecen dificultades para comprender sus deberes, a lo que ha de añadirse la falta de adecuación de los programas de intervención enfocados al tipo de delito cometido y los contenidos informativos” (DP, 2020, pp. 102-104). Respecto de dicha situación, el Defensor del Pueblo formuló la siguiente recomendación:

Crear nuevos lugares especialmente diseñados para el cumplimiento de penas y medidas de seguridad privativas de libertad impuestas a personas con discapacidad intelectual, dada la insuficiencia de los pocos actualmente existentes. La ubicación de estos lugares debe producirse fuera de las prisiones (como se deduce del artículo 96.2 del Código Penal, que se refiere al internamiento en centro educativo especial). Si esto no fuera posible a corto plazo, constituir módulos especialmente diseñados para el propósito de atender a estas personas. En este último caso, debe garantizarse la realización de un amplio número de actividades comunes con el resto de los reclusos del centro penitenciario en que se ubiquen, para garantizar la integración y la igualdad de trato, sin perjuicio de preservar la seguridad de todos los reclusos” (*ibi dem*).

6.3 La Circular 1/2022 sobre el protocolo de aplicación de los medios coercitivos de aislamiento provisional y de contención en los centros penitenciarios catalanes

En mayo del 2021 el *Departament de Justícia* de la *Generalitat* de Catalunya aprobaba una Circular interna (la 2/2021) para establecer un “Protocolo de aplicación de los medios de contención en los centros penitenciarios de Cataluña”, que recogía numerosas recomendaciones realizadas por el CPT y por el Ombudsman catalán (*Sindic de Greuges*), y se había marcado el objetivo a largo plazo de llegar a las “contenciones cero”, es decir, erradicar esta práctica. Sin embargo, pocos meses después, tras un cambio de gobierno y nueva titularidad de dicho Departamento, las nuevas autoridades anunciaban una revisión de la normativa por considerarla poco operativa, sin haber realizado ningún tipo de evaluación previa de su aplicación, aludiendo a un argumento - propugnado por las presiones de algunos de los sindicatos de funcionarios y funcionarias penitenciarios, pero no apoyado en ningún tipo de dato que se haya publicado - según el cual, la aplicación de dicho Protocolo habría derivado en un aumento de las agresiones a trabajadores y trabajadoras penitenciarias y de las autolesiones por parte de las personas presas.

Ello llevó, pese a numerosas protestas de entidades de derechos humanos, a la derogación de la anterior y la aprobación de otra Circular (núm. 1/2022) en vigor y muy criticada por los movimientos sociales. Tanto desde el *Sindic de Greuges* (como Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura, MCPT) como desde diversas organizaciones de defensa de derechos humanos de la sociedad civil catalana, alertados a principios de 2022, por lo que entendieron como una regresión en el ámbito del respeto de los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad, se realizaron estudios y dictámenes para intentar evitar la derogación de la anterior Circular, a la vez que se llevaba a cabo un análisis detallado de la nueva propuesta de Circular y se solicitaba al *Departament de Justícia* poder participar en dicho proceso de revisión⁶⁴.

Pero pese a ello, poco después, la nueva titular de dicho *Departament de Justícia* (Sra. Lourdes Ciuró) anunciaba la aprobación de la nueva circular 2/2022 sobre “Protocolo de aplicación de los medios coercitivos de aislamiento provisional y de contención en los centros penitenciarios de la *Generalitat* de Catalunya”, en cuyo redactado definitivo no se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas por las organizaciones de la sociedad civil.

Lo primero que llama la atención, más allá de los aspectos ya apuntados, es que mientras la anterior Circular (2/2021), se limitaba a describir el protocolo

⁶⁴ Para profundizar sobre este punto se remite al comunicado elaborado sobre las entidades de derechos humanos respecto de la emanación de la Circular 1/2022 <https://twitter.com/OSPDH/status/1499343787558064128/photo/1> (consultado el 13.10.23).

de aplicación de las medidas de contención, la nueva Circular (1/2022) recoge los protocolos de aplicación tanto de las medidas coercitivas de contención como las de aislamiento provisional. Otro de los aspectos relevantes a remarcar es que se hayan eliminado todas las páginas de la anterior circular, que recogían los principios rectores de la aplicación del medio coercitivo (principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad, temporalidad, cuidado, responsabilidad y formación, documentación y transparencia y supervisión judicial). Pese a que en sus apartados preliminares el protocolo establece que el mismo desarrolla también algunos protocolos de actuación preventiva respecto a la contención mecánica y al aislamiento provisional, a las que denomina “las medidas previas a adoptar para reconducir las alteraciones conductuales, mediante la interacción verbal o comunicativa”, en el apartado relativo a este punto, no se describe ningún tipo de protocolo y se remita a unas guías internas no publicadas denominadas Guías de Actuación Penitenciaria (GAP). Nos encontramos además con que en el texto de la Circular 1/2022 se establece la necesidad de adaptar estas guías al nuevo protocolo aprobado por la citada circular, sin embargo, su falta de publicidad⁶⁵ impide constatar si se ha llevado a cabo dicha adaptación.

En lo relativo a las medias de contención mecánica, la administración catalana, como su homóloga estatal, diferencia entre sujeciones de corta y larga duración, estableciendo la misma temporalidad e instrumentos para cada una de ellas. En este punto, nuevamente el protocolo, lejos de describir el procedimiento de aplicación de las medidas de contención de corta duración, remite nuevamente a las citadas GAP. En cuanto a los supuestos de aplicación de las contenciones mecánicas con correas homologadas el protocolo establece: “es una medida excepcional que sólo se puede aplicar cuando haya riesgo físico inminente contra él mismo, otras personas o cosas, siempre que se considere agotada o imposible las vías de la interacción verbal y cuando no haya otra forma menos lesiva para reconducir los riesgos que presenta la persona interna”.

Como puede constatarse, los supuestos en el caso de la administración catalana parecen al menos, en principio, más restringidos que en el caso de la administración central, donde como vimos en alusión al art. 45 de la LOGP se prevé su uso también ante situaciones de desobediencia a las órdenes de los funcionarios.

Como la SGIP, la SMPRAV diferencia también entre contenciones mecánicas de tipo regimental y contenciones de tipo médico, estableciendo, sin embargo, que la diferenciación entre unas y otras radica únicamente en él o la profesional que ordena la medida. A diferencia de la circular española, la catalana, describe los protocolos de actuación de una y otra medida. Respecto a la contención regimental, se establece que son aquellas ordenadas por el/la Directora/a o Comandante de incidencias para impedir actos de evasión, resistencia activa o pasiva o violencia contra uno mismo, otras personas o cosas. Las maniobras de contención, así como su supervisión, debe ser llevada a cabo por parte de personal de régimen interno, previa autorización del Director/a. Se establece también que en caso de urgencia y ante la ausencia del Director/a la medida podrá ser autorizada y supervisada por el Jefe/a de servicios, así como en el caso de los (DERT) y departamentos de sancionados (DS) por el Jefe de Unidad Especializada (CUE). En ambos casos, se deberá informar inmediatamente al Director/a.

En cuanto a las especificidades que deberán tener las celdas de contención mecánica cabe destacar la necesidad que se establece de que los sistemas de videovigilancia además de la imagen, permitan registrar el sonido, tal y

⁶⁵ La falta de publicidad de las GAP en Catalunya ha sido señalada también por el MNP durante la última entrevista realizada en el marco del presente estudio.

como se remarca en la *Guía* del MNP (2017). Llama la atención que nuevamente en este apartado, se remite a las GAP, donde según se detalla en el protocolo analizado, se describen los medios de contención y de autoprotección disponible, así como el procedimiento de aplicación de la medida.

En cuanto a los procedimientos de supervisión, se establece la necesidad de control permanente mediante el sistema de videovigilancia, así como el control presencial por parte de diversos profesionales penitenciarios. También que será el o la responsable de la supervisión de la medida (Jefe/a de servicios o CUE), el o la responsable de cumplimentar el anexo 1 (comunicado a dirección sobre la aplicación de medios coercitivos) el anexo 2 (comunicado a dirección sobre el seguimiento de la aplicación de los medios coercitivos y el anexo 3 (autorización de visualización en tiempo real de imágenes en aislamiento provisional o contención mecánica). Llama la atención que pese a referirse a dicha hojas de registro como anexos, los mismos no se incluyen en el citado protocolo, limitándose a afirmar que los 3 primeros quedan operativos en el Sistema de información penitenciaria catalán (SIPC) y el cuarto está al alcance del personal médico.

En cuanto a la supervisión médica de las contenciones regimentales, el protocolo establece que:

Siempre que sea posible, antes de realizar la inmovilización o, si la urgencia lo impide, en el momento inmediato posterior a la inmovilización de la persona interna, el/la jefe/a de servicios o CUE debe avisar al/a la médico de guardia para que informe si hay impedimento médico para la aplicación de la medida y supervisión, lo antes posible, el estado físico y de salud de la persona interna, y valore si es pertinente abordar la contención desde un punto de vista sanitario.

La evaluación debe realizarse con la periodicidad temporal que los servicios médicos consideren idónea y, en todo caso, con una segunda revisión a las 2 horas y después cada 4 horas, si debe continuar con la contención. En caso de novedades relevantes sobrevenidas con posible repercusión para la salud de la persona interna, el/la CS o CUE del DERT/DS debe requerir una nueva evaluación sanitaria. Otro aspecto que sorprende del texto es que se establezca la necesidad de que para la evaluación los/as responsables médicos deban ir acompañados siempre por personal de régimen interno, preferiblemente por algún cargo intermedio (Jefe/a de Servicios o CUE). Se trata de una previsión contraria a los Principios 83 del Protocolo de Estambul⁶⁶.

Finalizada la visita, los servicios médicos deben informar por escrito al/la Director/a del estado de la persona, de las posibles contraindicaciones de la medida, en su caso, y otras posibles incidencias mediante el informe de asistencia médica (anexo 4) y pueden indicar, si lo creen oportuno, el levantamiento inmediato de la medida de contención por razones médicas. El envío de esta información al/la director/a del centro debe hacerse a través del/de la CS o CUE del DERT/DS. En cuanto a la finalización de la medida, el protocolo establece que será el/la director/a, quien por observación directa o a propuesta del/de la jefe/a de servicios o CUE del DERT/DS quien debe ordenar el final de la contención cuando cesen las razones que justificar su adopción⁶⁷.

66 Principio 83 del Protocolo de Estambul: “[...]Los exámenes deberán respetar las normas establecidas de la práctica médica. Concretamente, se llevarán a cabo en privado bajo control del experto médico y nunca en presencia de agentes de seguridad u otros funcionarios del gobierno [...]”.

67 Como se verá en el Capítulo 5, del total de los relatos de personas privadas de libertad en las cárceles catalanas, recopilados por el SIRECOVI del OSPDH en los últimos 5 años, solamente en 2 ocasiones el médico ha ordenado levantar la medida en virtud de criterios sanitarios.

Respecto a la notificación de la medida, en cumplimiento de los artículos 45.2 de la LOGP y 72.3 del RP el protocolo establece que deben comunicarse dentro de las 24 horas siguientes todas las actuaciones al JVP, con indicación del inicio y finalización de la aplicación, así como de los motivos y circunstancias que justificaron su aplicación y mantenimiento. Esta previsión va en contra con las recomendaciones formuladas por el MNP en la *Guía* de 2017; para que el JVP pueda llevar a cabo un control judicial sobre la medida, es imprescindible que la comunicación a este organismo judicial se realice inmediatamente después de que la persona presa ha sido inmovilizada. En caso contrario, y también si la comunicación se realiza dentro de las 24 horas, se pierden todas las garantías que este control jurisdiccional debería conllevar, terminando así para desvirtuarlo.

En cuanto a las contenciones mecánicas sanitarias, el protocolo establece que son contenciones ordenadas por el/la psiquiatra o el médico/a por razones médicas, diferenciando según el lugar en el que se aplican entre: 1) enfermerías orgánicas o de salud mental, módulos ordinarios y departamentos no sanitarios y 2) contención médica en unidades psiquiátricas penitenciarias. Mientras las maniobras de contención y la supervisión, en el caso de las primeras, se llevan a cabo por profesionales de régimen interno siguiendo las mismas pautas descritas anteriormente, las segundas deben ser llevadas a cabo por personal sanitario (quienes en caso de ser necesario pueden pedir ayuda al personal de régimen interno) y regirse por sus propios protocolos. El protocolo establece que las contenciones regimentales pueden convertirse en contenciones médicas cuando un médico/a o un/a psiquiatra lo prescribe y asume el control.

El protocolo catalán incluye un apartado que tiene por objeto garantizar la constante evaluación del protocolo actual y la posibilidad de realizar cambios en el mismo en función de los resultados de esta. Este proceso de evaluación comporta la necesidad de llevar a cabo un análisis regimental por parte del Subdirector/a de interior de cada medida aplicada en un término máximo de 10 días tras la aplicación de la contención. En este análisis se deben considerar aspectos como los hechos que la motivaron, la actitud de la persona antes y durante la aplicación de la medida, el uso de técnicas de interacción verbal, el tipo de inmovilización utilizada, el control médico y las posibles incidencias. La segunda parte de la evaluación consiste en la realización de una entrevista a la persona inmovilizada por parte del equipo de tratamiento que deberá llevarse a cabo en un término máximo de 72 horas tras la aplicación de la medida. Tras la entrevista, el equipo deberá remitir a la dirección del centro un informe donde se analicen los motivos que han llevado a la contención mecánica, se estudien estrategias preventivas destinadas a evitar futuras contenciones en situaciones de crisis, y se valoraren los cambios a realizar en el Programa individualizado de tratamiento (PIT) y actualizar el programa de RisCanvi. Trimestralmente, el equipo multidisciplinar, en coordinación con los servicios sanitarios y de salud mental, en los casos de mayor riesgo (reiteración en aplicación de medidas de contención), deben llevar a cabo una sesión de caso clínico.

Finalmente, el protocolo catalán establece la necesidad de que todos los profesionales penitenciarios conozcan el contenido de este, afirmando textualmente que se consideraba una formación “estratégica y obligatoria”, así como el hecho de que todo el personal de régimen interno y otros profesionales finalistas debían realizar como mínimo una práctica profesional anual de cada una de las GAP. En la actualidad, se desconoce cuántos trabajadores hayan recibido esta formación sobre el Protocolo recogido en la nueva circular.

6.4 Observaciones y Recomendaciones del Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT)

La aplicación de contenciones mecánicas en centros penitenciarios catalanes ha sido desde hace años objeto de preocupación también por parte del Mecanismo Catalán de Prevención de la tortura (MCPT), siendo un ámbito de especial atención en el contexto de sus visitas regulares a los centros penitenciarios catalanes. Tras realizar diversas observaciones y recomendaciones en varios de sus informes anuales respecto a su uso con carácter punitivo, la insuficiente supervisión en el marco de la aplicación de la medida y la falta de formación del personal tanto en su aplicación como en técnicas de resolución de conflictos por la vía del diálogo, en el año 2018 dedicaba un monográfico de su informe anual a la práctica de las contenciones mecánicas de tipo regimental en el contexto de los centros penitenciarios. En dicho capítulo se mostraban los principales resultados de un estudio realizado por el Mecanismo catalán tras investigar las numerosas quejas recibidas en relación con situaciones de abuso en el marco de la aplicación de la citada medida.

El MCPT, al igual que el CPT, ha constatado que las contenciones se aplicaban con finalidades punitivas ante conductas disruptivas que podían dar lugar a la aplicación de medidas disciplinarias, pero que en ningún caso justificaban una contención. En su informe el MCPT (2018) destacaba que las contenciones tenían duraciones excesivas y carentes de cualquier justificación, llegando a prolongarse pese a que la persona mostrara ya una conducta adaptada o incluso llegara a dormirse. Entre otros aspectos, el MCPT recordaba la necesidad de que las medidas de desescalada estuviesen protocolizadas y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar adecuadamente formado y capacidad en resolución de conflictos, así como el registro de los motivos y de todas las medidas adoptadas previas a la contención mecánica: contención verbal, medidas ambientales y si se ha ofrecido de voluntariamente tratamiento farmacológico para disminuir la ansiedad, y quién es el profesional que ha aplicado las medidas (*ibídem*).

Otro de los aspectos apuntados por el Mecanismo en el citado informe era que a menudo los informes de seguimiento realizados por los/las profesionales sanitarios indicaban simplemente que la persona interna estaba tranquila, sin pronunciarse si consideraban necesario que continúe la medida de sujeción, recordando que éstos debían tener un papel más proactivo en la supervisión de la aplicación de la medida (*ibídem*). También la supervisión por parte de los JVP era, en opinión del MNPT, insuficiente. Según afirmaba, es una práctica generalizada en los centros penitenciarios de Cataluña hacer la comunicación una vez la medida se ha levantado; generando así que el papel del JVP resulte meramente testimonial y se limite a validar la medida adoptada una vez finalizada.

El MCPT concluía afirmando que la contención mecánica debería de ser una medida exclusivamente sanitaria por los riesgos que comporta para la salud de las personas y recordaba a la administración catalana que “el objetivo de cualquier política pública sobre inmovilización de personas privadas de libertad debería ser la de contención cero” (*ibídem*, p.13).

Pese a lo apuntado, en los siguientes informes anuales del MCPT, se constata como el equipo de trabajo siguió recogiendo evidencias en el marco de sus vistas a centros penitenciarios respecto a personas privadas de libertad en Cataluña a los que se les han aplicado medidas de inmovilización por tiempo excesivo, así como sobre la falta de supervisión en su aplicación, constatando el incumplimiento de las circulares vigentes en aquel momento. En su informe relativo al año 2020 el MCPT afirmaba:

Aunque la Secretaría de Medidas Penales informa que estas medidas en ningún caso tienen carácter punitivo y sólo se prolongan durante el tiempo imprescindible hasta que desaparecen las circunstancias que motivaron su aplicación, la observación de supuestos reales por parte del Equipo lo desmiente (MCPT, 2021).

En su informe anual relativo al año 2021, el MCPT constataba como tras la aprobación de la circular 2/2021, (ya derogada) había disminuido significativamente del número y la duración de las inmovilizaciones en cama y felicitaba a la administración por el cambio de paradigma adoptado respecto al uso de esta práctica (MCPT, 2022).

En los primeros meses de 2022, el Mecanismo Catalán para la Prevención de la Tortura (MCPT) publicaba un informe monográfico en relación con las contenciones mecánicas en los centros penitenciarios catalanes en el que realizaba una valoración sobre los cambios que comportaba la nueva Circular 1/2022. En dicho informe, el equipo del MCPT realizaba una valoración sobre los cambios que comportaba la nueva circular e incorporaba las conclusiones a las que había llegado el MCPT tras visualizar 41 contenciones en los centros penitenciarios (9 sanitarias y 32 regimentales).

Entre las principales conclusiones a las que llegó la citada institución cabría destacar: la falta de precisión respecto al carácter excepcional de la medida de contención mecánica, el escaso desarrollo de las medidas de desescalada y su remisión en este punto a documentos internos no publicados (las llamadas GAP), la falta de concreción respecto a la duración de la medida (considerando que incurre en clara regresión de derechos) y la necesidad de una mayor supervisión de su aplicación por parte del personal sanitario, de la dirección del centro y de los Jueces de JVP. En dicho informe, el MCPT ponía de relieve, una vez más, las vulneraciones de derechos que se producen en muchas ocasiones en los centros penitenciarios catalanes en el contexto de la aplicación de las medidas de contención mecánica y la tendencia al incumplimiento de los protocolos de uso internos, recomendando que atendiendo a los riesgos que comporta para la salud de las personas, la contención se use únicamente con fines sanitarios (MCPT, 2023). En este Informe, el MCPT concluyó en solicitar la suspensión de la entrada en vigor de la última Circular, debido a tantas irregularidades y falta de garantías detectadas, pero no fue atendido dicho reclamo y la misma se encuentra ya en vigor⁶⁸.

68 Ante ello, numerosos organismos de derechos humanos, profesionales del derecho, de la medicina y de la psiquiatría, instaron al *Parlament de Catalunya* la constitución de un Grupo de Trabajo (en el marco de la Comisión de Justicia) con el fin de que participaran expertos nacionales e internacionales, familiares de personas presas, sindicatos, ombudsman catalán y administración penitenciaria. Se entendió que ello representaba una iniciativa imprescindible para que no fuera sólo el poder ejecutivo quien decidiera sobre algo tan grave, sin debate parlamentario. Se recordaba en dicha iniciativa que, precisamente, las circulares, por su naturaleza, al ser dictadas únicamente por la administración penitenciaria, eluden el debate parlamentario que una norma jurídica debería tener, más aún cuando se trata de la trascendencia de una medida que afecta a los derechos a la vida, salud e integridad de las personas presas. La votación de dicha solicitud tumbó la iniciativa pronunciándose en contra de la misma los partidos políticos de *Junts per Catalunya*, Partido Socialista, Partido Popular y Vox (a favor de la tramitación votaron *Esquerra Republicana de Catalunya*, *Comuns* y *Candidatura de Unitat Popular*). Para conocer el comunicado, publicado el 8 de abril de 2022, a través del cual se solicitaba la creación del Grupo de Trabajo en el *Parlament* de Catalunya véase https://twitter.com/centre_IRIDIA/status/1512379733031460871 (consultado el 13.10.23).

De cara a ofrecer al lector una panorámica lo más completa posible respecto del uso de las contenciones mecánicas en el Estado español, se ha optado por proponer un breve apartado dedicado al sistema penitenciario vasco. Sin embargo, cabe advertir que, debido a que se trata de un sistema de reciente formación, la información de la que se dispone es escueta. Pese a ello, deseamos que estas notas puedan ser útiles en aras de contextualizar las respuestas de la Administración vasca al cuestionario enviado⁶⁹.

El Estatuto de Autonomía del País Vasco⁷⁰ atribuye a Euskadi la competencia para la organización, régimen y funcionamiento de las instituciones y establecimientos penitenciarios y de reinserción social (art. 10.14), así como a la ejecución de la legislación penitenciaria (art. 12.1). Pese a que el Estatuto se encuentre vigente desde 1979, el traspaso de funciones y medios no se produjo hasta la aprobación del Real Decreto 474/2021, de 29 de junio⁷¹. A partir de aquel momento, las funciones y servicios transferidos quedaron adscritos al Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, del que depende la Viceconsejería de Justicia.

La asunción de la competencia se produjo el 1 de octubre de 2021, momento a partir del cual el gobierno vasco asumía la gestión de 3 cárceles ubicadas en el País Vasco: Zaballa (Araba), Martutene (Gipuzkoa) y Basauri (Bizkaia). Pese a que la transferencia incluía también la cárcel de Nanclares de Oca, este centro había sido clausurado por la SGIP con anterioridad, no albergando en el momento del traspaso a población reclusa.

Durante el primer año de gestión por parte del Gobierno vasco empezaron a hacerse evidentes las carencias de personal en estos espacios, carencias que ya habían sido denunciadas con anterioridad al traspaso por parte de diversos sindicatos de trabajadores/as penitenciarios⁷².

Pese a que la transferencia de las competencias en materia penitenciaria incluía también a los 700 trabajadores/as penitenciarios de estos centros, un gran número de funcionarios/as decidieron marcharse y solo 65 funcionarios/as de otras regiones decidieron incorporarse al sistema penitenciario vasco, por lo que, en enero del 2022, las cárceles vascas acumulaban ya más de 80 vacantes. Ante dicha situación, el Gobierno vasco se vio obligado a asumir la necesidad de activar una actuación excepcional para incorporar a personal interino. En enero de 2023 se incorporaban 51 profesionales.

En cuanto al modelo penitenciario vasco, el 1 de octubre de 2021 se aprobaba la Instrucción 1/2021 de la Dirección de Justicia del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, relativa a la aplicación del “Manual de Gestión Penitenciaria” en los centros y establecimientos penitenciarios de la comunidad autónoma del País Vasco. Entre las líneas de actuación prioritarias descritas en el citado documento destacan: la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el diseño de planes y programas para la intervención con mujeres privadas de libertad; abordar las especificidades de las personas privadas de libertad que padecen enfermedades graves así como de aquellas mayores

⁶⁹ Véase Capítulo 5.

⁷⁰ Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco.

⁷¹ Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia.

⁷² Ya en septiembre de 2021 los sindicatos ACAIP y UGT advertían sobre el déficit de personal en las tres prisiones vascas y especialmente en la de Zaballa (Recio, 2022).

de 70 años; identificar y analizar las características diferenciales de las personas con problemas de salud mental y potenciar el cumplimiento de penas en régimen de semilibertad e instaurar proyectos y programas de justicia restaurativa que hayan demostrado su eficacia en otros contextos; potenciar la formación del personal penitenciario.

Para la instauración de este modelo, el Gobierno Vasco se ha planteado 3 ejes estratégicos: en primer lugar, potenciar las penas y medidas en medio abierto; en segundo lugar, construir una red de reinserción vasca; en tercer lugar, orientar el internamiento penitenciario a la reinserción, en los que se integran un centenar de metas u objetivos. Cabe apuntar, sin embargo, que, en septiembre del año 2022, la Consejera de Justicia vasca reconocía que el Gobierno vasco carecía de experiencia en el ámbito de la gestión penitenciaria y que sentar las bases del modelo iba a ser un proceso que duraría años y que no se llegaría a lograr en una única legislatura (Recio, 2022).

Cabe apuntar finalmente que la Instrucción 1/2021 de la Dirección de Justicia del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales establece que todas aquellas instrucciones y órdenes de servicio del ámbito penitenciario estatal vigentes en centros y establecimientos penitenciarios de la comunidad autónoma del País Vasco seguirán teniendo vigencia supletoria en aquello que no entre en conflicto o contradicción con el contenido del citado manual. De este modo, en el contexto del sistema penitenciario vasco es de aplicación la Instrucción 3/2018 relativa al empleo de contenciones mecánicas, por lo que cabe remitirse al análisis realizado en relación con esta instrucción en el apartado relativo a la administración general del Estado.

7.1 La atención a la salud en las cárceles vascas

El País Vasco realizó el traspaso de competencias en materia de sanidad penitenciaria 10 años antes de que el Gobierno Vasco asumiera las competencias en materia penitenciaria. Mediante el Decreto 140/2011, de 28 de junio, se aprobaba el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco, asumiendo desde entonces el Servicio Vasco de Salud, u Osakidetza, las competencias en materia de sanidad penitenciaria de los 3 centros penitenciarios ubicados en la región. Junto a la transferencia de estos 3 centros, se transferían a su vez 43 profesionales sanitarios: 16 médicos, 19 enfermeros/as, 1 farmacéutica y 7 auxiliares de clínica.

Lo primero que se hizo desde el Osakidetza fue convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud y asignar a cada uno de ellos un hospital de referencia con toda su capacidad diagnóstica y terapéutica (especialistas, servicios de farmacia, equipos diagnósticos, analítica, radiología, etc.). Así mismo, el personal sanitario se transfirió a Osakidetza con el mismo estatus, nombrándose responsables en cada uno de los centros. Los ratios médico-paciente que encontramos actualmente en estos centros, se ajustan a las necesidades de la población penitenciaria⁷³.

Dentro de la estrategia del Servicio vasco de salud, uno de los aspectos que más se ha potenciado ha sido el desarrollo de nuevas tecnologías, especialmente en el campo de la telemedicina. Esta herramienta se ha demostrado de gran utilidad para llevar a cabo las consultas de especialistas sin necesidad de que las personas presas se deban desplazar, evitando de este modo las habituales pérdidas de citas médicas derivadas de la falta de dispositivos policiales para llevar a cabo los traslados. En todos esos centros penitenciarios, ade-

⁷³ Por ejemplo, en el CP de Zaballa en que se encuentran actualmente una población aproximada de 623 personas privadas de libertad, cuenta con una plantilla de 7 médicos /as, siendo la ratio de unos 89 pacientes por cada facultativo/a.

más de la Atención Primaria, Osakidetza presta una amplia cartera servicios especializados, entre ellos: consultas especializadas de ginecología, odontología, psiquiatría y psicología; consultas de telemedicina en ámbitos como enfermedades infecciosas, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Radiología, Unidad del dolor y Nefrología; y programas específicos, entre los que encontramos: el PAIEM el programa de atención al discapacitado o el de crónicos pluripatológicos.

La atención a la salud mental en cada centro penitenciario, al igual que ocurre con los restantes centros de salud, se ha adscrito a su red de salud mental correspondiente. Esta se ofrece a través de 2 estructuras: la extrahospitalaria (con un equipo asistencial en cada una de las tres cárceles) y la hospitalaria. Desde noviembre del 2013, el gobierno vasco cuenta además con la primera Unidad de Psiquiatría Legal de todo el Estado, ubicada en el hospital de Aita Menni, Arrasate (Gipuzkoa). Esta Unidad, que dispone 20 plazas, acoge en un entorno hospitalario a personas con enfermedad mental grave que, han sido condenadas a cumplir una medida de seguridad. A diferencia de los psiquiátricos penitenciarios, esta unidad está enfocada a priorizar al máximo los aspectos asistenciales, ofreciendo una asistencia psiquiátrico-rehabilitadora a las personas hospitalizadas y trabajando para su posterior reinserción familiar y social.

03

La postura del MNP español en relación con la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica en prisión

01 PAPEL Y FUNCIONES DEL MNP

El Defensor del Pueblo, el *ombudsman* español, tiene encomendada por las Cortes Generales, por medio de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, la función de “Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (MNP), como consecuencia de la ratificación por parte de España del OPCAT en 2006⁷⁴.

Respecto de las funciones asumidas por el MNP español, éste tiene competencia para visitar toda clase de centros de privación de libertad y de examinar cualquier aspecto que afecte a las personas que en ellos se encuentren:

Se trata de detectar posibles deficiencias, sugerir mejoras o valorar actuaciones correctas y transmitir a las administraciones competentes los resultados, así como formular las recomendaciones oportunas en los casos en los que se ha observado la necesidad de mejoras, eliminar prácticas no aceptables o, por el contrario, valorar correcciones y cambios efectuados, consecuencia de anteriores recomendaciones (MNP, 2017a, p. 5).

Esta tarea tiene como principal peculiaridad su dimensión netamente preventiva, lo que implica una forma de trabajo centrada en las condiciones generales, y no en el examen de casos particulares. La incardinación de un mecanismo preventivo en una institución que tiene también una importante tarea reactiva, por la doble vía del examen de las quejas y de la realización de investigaciones de oficio, ofrece la posibilidad de atender tanto a las cuestiones estructurales como a las individuales, completándose así una perspectiva integral de las realidades de la privación de libertad, aunque con procedimientos internos y con objetivos operativos diferenciados (MNP, 2018, p. 9).

Cada año, miembros del Equipo del MNP visitan algunos de los centros de privación de libertad del Estado. De cada visita realizan una ficha - la cual, en la mayoría de los casos, es de público acceso - que representa una fuente de información de inestimable valor, ya que allí se recogen los detalles de cada visita, y se profundiza en las irregularidades detectadas. Lo observado durante las visitas y las recomendaciones formuladas a raíz de las inspecciones realizadas es recogido en informes de periodicidad anual, en los cuales el MNP, por un lado, resume las actuaciones principales llevadas a cabo cada año y, por otro, remarca los temas o cuestiones que más elementos críticos presentan. Este es el caso de las contenciones mecánicas; fuente de especial preocupación por parte del MNP, hasta el punto de publicar, tras un estudio pormenorizado, la *Guía de buenas prácticas sobre contenciones mecánicas* en 2017, la cual, como se ha visto, inspiró gran parte del contenido de la Instrucción 3/2018 de la SGIP.

En este Capítulo se abordará, por tanto, el estudio de los informes anuales del MNP a partir de 2017 hasta el día de hoy, de la mencionada *Guía* (2017), de las presentaciones de los informes anuales ante las Cortes Generales y, además, se presentará el contenido de dos entrevistas realizadas al Equipo del MNP, respectivamente el 24 de marzo y el 27 de julio de 2023. Las entrevistas han permitido profundizar sobre algunos aspectos específicos ya abordados en los Informes anuales y, sobre todo, han ayudado a comprender la perspectiva global del MNP sobre el objeto de estudio, así como los pasos a seguir en aras de lograr pleno cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en materia de contención mecánica.

⁷⁴ Se puede consultar el texto del *Protocolo Facultativo de la Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes* al siguiente enlace https://www.ohchr.org/sites/default/files/OPCAT_SP.pdf (enlace consultado el 04.07.23).

La aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica ha sido objeto de particular atención por parte el MNP, hasta el punto en que, en 2017 elaboró una *Guía sobre buenas prácticas en materia de contenciones mecánicas* (MNP, 2017b), la cual, como ya se ha adelantado, terminó influenciado de manera muy considerable la regulación del medio coercitivo de la contención mecánica en las prisiones dependientes de la SGIP, es decir, la Instrucción 3/2018. La *Guía* se fundamentó en un trabajo de campo, en el marco del cual el MNP comprobó que la aplicación de las inmovilizaciones en estos establecimientos (especialmente en lo referido a la indicación, metodología de aplicación y registro de las sujeciones mecánicas) diferi´ a de manera muy notable (MNP, 2017a, § 277).

Pese a que el interés principal del MNP fueran las sujeciones mecánicas regimentales, en su estudio terminó por abarcar también las sujeciones de tipo sanitario, al presentar las dos tipologías varios elementos comunes. Las recomendaciones recogidas en la *Guía*, precisamente, se basan en la información recopilada tras la realización de las visitas monográficas a 6 centros penitenciarios⁷⁵, además del análisis de los datos proporcionados tanto por la SGIP como por la *Direcció General de Serveis Penitenciaris* (DGSP) dependiente de la Consejería de Justicia del Gobierno catalán⁷⁶.

El diagnóstico resultante de las visitas y, sobre todo, de las entrevistas mantenidas con las personas privadas de libertad, es presentado en el Informe anual del MNP relativo al año 2017. Los principales resultados del diagnóstico son los siguientes:

- a. Un alto número de las contenciones se concentraban en un grupo muy concreto de internos, existiendo una gran diferencia en cuanto a la frecuencia de su empleo e, incluso, en cuanto al modo de llevarlas a cabo. Los internos entrevistados refirieron que, a veces, habían sido inmovilizados boca abajo – especialmente en el caso de las contenciones regimentales (MNP 2017a, § 293) – y que, a menudo, las correas les fueron aplicadas con excesiva fuerza.
- b. Las personas entrevistadas percibían la medida como una sanción, que con cierta frecuencia se aplicaba de manera automática, cuya duración e intensidad no tienen que ver con el estado en el que se encontraba previamente la persona reclusa (MNP 2017a, § 289). En algunas visitas se apreció que la inmovilización podía llegar hasta superar las 24 horas, lo cual implica graves riesgos sanitarios (MNP 2017a, § 300).
- c. La falta de claridad en los presupuestos aplicativos de la medida: como “el uso preventivo ante situaciones consideradas de riesgo” (prevención de autolesiones o prevención de suicidios), la aplicación a internos con trastorno mental grave, e incluso con trastornos psicóticos, o la aplicación en caso de sospecha de que los internos pudieran ocultar drogas en su cuerpo o si estos no daban su consentimiento para someterse a controles radiológicos (MNP 2017a, § 291).
- d. Las personas presas refirieron el empleo habitual de la sujeción mecánica ante conductas autolesivas, pese a que dichas conductas parecieran estar más vinculadas a la expresión no verbal de un sentimiento de profunda angustia (MNP 2017a § 289).

⁷⁵ CP Brians 1, CP Avila, CP Brians II, CP Madrid V, CP Madrid VI y CP Sevilla II.

⁷⁶ Ahora *Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima* (SMPRAV).

e. También se ha observado que, a menudo, en el comportamiento de los internos a los que se aplicaban estas medidas subyacen patologías psíquicas que necesitarían de un abordaje terapéutico antes que regimental (MNP 2017a, § 289).

f. Las personas presas refirieron haber sufrido malos tratos y uso excesivo de la fuerza con carácter previo y simultáneo a la aplicación de la medida de contención. Asimismo, manifestaron que el seguimiento por parte del personal penitenciario - tanto de régimen como sanitario (MNP 2017a, § 298) - sobre la evolución del estado de la persona reclusa era prácticamente inexistente, así como el control judicial llevado a cabo por parte de los JVP (MNP 2017a, § 303).

g. El MNP ha constatado criterios muy disímiles en cuanto a la aplicación de la normativa en materia de contenciones, a la gestión de incidentes, y también respecto de la adecuación de las instalaciones dedicadas a la aplicación de las sujeciones mecánicas. Dicha variación parece depender, principalmente, de los equipos directivos de cada centro, de la dotación y de la formación del personal, además de criterios presupuestarios (MNP 2017a, §§ 295, 296).

h. Respecto del papel del personal sanitario, el MNP ha observado cómo algunos centros no cuentan con asistencia médica las 24 horas, desvirtuando así el seguimiento médico durante la aplicación de la medida. Además, se detectó la ausencia de pautas sobre el alcance del preceptivo reconocimiento médico en el caso de aplicación de sujeciones mecánicas de carácter regimental (MNP 2017a, §§ 301, 302).

Ante esta preocupante situación, el MNP formuló 39 recomendaciones dirigidas a la SGIP y a la DGSP. A continuación, se analizarán las recomendaciones más relevantes de cara al presente estudio, dejando el análisis de aquellas recomendaciones que han sido recogidas en la *Guía*, para el apartado pertinente;

a. En primer lugar, el MNP recomendó al Ministerio de Interior una modificación normativa del art. 72.1 del Reglamento Penitenciario (RP) a fin de incluir las correas de sujeción mecánica, en aras de aplicar las garantías que dicho artículo prevé para todos los medios coercitivos (MNP 2017a, §316). Dicha recomendación, fue aceptada por la SGIP, la cual precisó que está trabajando en un proyecto de reforma de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP).

b. En la recomendación tercera, el MNP reclama la proscripción de determinadas prácticas de riesgo, es decir, el empleo de la contención mecánica como medida disciplinaria, como medida para administrar medicación contra la voluntad del paciente, como medida regimental en pacientes con trastorno mental grave, y como forma de prevención habitual en caso de episodios recurrentes de autolesión (MNP 2017a, §318). Resulta interesante resaltar cómo ambas administraciones, la española y la catalana, han rechazado dicha recomendación, alegando que, en sus respectivas regulaciones, dichas previsiones ya se encontraban incorporadas.

c. Otra recomendación que ha sido rechazada por parte de la SGIP tiene que ver con la necesidad de garantizar la asistencia médica las 24 horas en todos los centros penitenciarios. La SGIP argumentó el rechazo reconociendo su incapacidad para asumirla mientras la asistencia sanitaria penitenciaria dependa de dicha Secretaría y no de los servicios territoriales de salud (MNP 2017a, §319).

d. Respecto de la contención mecánica regimental, el MNP recomienda que se incorpore cuanto antes la regulación de las pautas que determinen en qué debe consistir el perceptivo reconocimiento médico. Sin embargo, la SGIP la rechaza al entender que dichas pautas son de competencia exclusiva de los profesionales médicos (MNP 2017a, §320).

e. En relación con el reducido número de internos que son los destinatarios principales de la mayoría de las contenciones, de cara a minimizar el número de estas últimas, el MNP reitera la urgencia de incrementar los recursos de salud mental y psicológica para las personas reclusas, potenciando los servicios de psicología clínica (MNP 2017a, §323). Para los internos con un perfil más complejo, el MNP insta a ambas administraciones a diseñar un trabajo individualizado e incluirlo en el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT); una vez más, la SGIP rechaza la recomendación que, en cambio, es aceptada por la DGSP (MNP 2017a, §324).

f. El MNP detalla la información que desde el centro penitenciario se debe comunicar con inmediatez a los JVP: la fecha y hora de inicio y cese, los motivos de adopción de la medida, la información relativa al proceso de desescalada previo a la aplicación de la medida, si la persona presa ha recibido atención médica con posterioridad al incidente, cuántos puntos de anclaje se han aplicado, si se han producido incidentes durante la aplicación de la sujeción y la documentación en adjunto generada como consecuencia de la medida (MNP 2017a, §325).

g. SGIP y DGSP coinciden con el MNP respecto de la importancia de la formación continua del personal (tanto del directivo como de tratamiento y vigilancia) en materia de contención mecánica, pero también en cuestión de resolución pacífica de conflictos (MNP 2017a § 327), así como de la forma en la que se cumplimentan los registros de contenciones (MNP 2017a, §328) y de la obligatoriedad de disponer de un sistema de videovigilancia que permita la grabación de imágenes y sonido (y su conservación durante al menos 6 meses) (MNP 2017a, §329).

03

LA GUÍA SOBRE BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE CONTENCIONES MECÁNICAS: PUNTO DE INFLEXIÓN EN MATERIA DE INMOVILIZACIONES

Ante la dramática situación que el MNP pudo constatar en el marco del estudio monográfico sobre la aplicación de las contenciones mecánicas en las prisiones del Estado español, y a raíz de todas las recomendaciones formuladas, el Mecanismo optó por confeccionar una *Guía ad hoc* sobre esta práctica tan controvertida, debido a que merece un abordaje específico y detallado.

Los criterios que deben guiar la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica, tanto sanitaria como regimental, que inspiran todo el contenido de la *Guía* son: la excepcionalidad de la medida, su mínima duración imprescindible, la adecuación al caso, el uso de medios e infraestructuras idóneas, el acompañamiento, la supervisión permanente y el adecuado control (*ivi*, § 306).

La *Guía* define la contención mecánica como “el proceso de inmovilización de una persona con instrumentos, equipos o materiales destinados a restringir sus movimientos o el normal acceso a su cuerpo” (*ivi*, p. 5). Pese a que no exista alguna referencia normativa a propósito, ni en la LOGP ni en el RP, la *Guía* alude a la distinción, “recogida por el marco normativo”, entre contenciones regimentales (“control de una persona por parte de funcionarios como medida de seguridad”) (*ivi*, p.6) y las sujeciones sanitarias o terapéuticas (*ibidem*).

El documento se estructura en 3 apartados: criterios sobre las sujeciones mecánicas en centros penitenciarios, procedimientos en contenciones mecánicas y procedimientos en pautas de desescalada. En cuanto al primer apartado, el MNP hace énfasis en que:

- a. La contención se debe aplicar de manera excepcional, “cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida”;
- b. Su aplicación hacia personas presas con trastorno mental grave o trastorno psicótico debería estar prohibida, así como no debería aplicarse tras intentos autolíticos de los/as internos/as;
- c. Las inmovilizaciones han de durar el tiempo mínimo imprescindible, debido a que inmovilizaciones prolongadas pueden suponer graves riesgos sanitarios, tales como: “lesiones isquémicas por compresión excesiva de los miembros, disminución y/o pérdida de conciencia por deshidratación y/o hipotensión, síndromes de confusión y desorientación, riesgo de trombosis” *ivi*, p.8);
- d. El personal penitenciario debe recibir una formación específica respecto a la metodología adecuada para realizar las contenciones;
- e. La contención debe aplicarse de manera proporcional (de 1, 3, 5 puntos);
- f. Es fundamental que la persona inmovilizada sea permanentemente supervisada por el personal penitenciario, además de por cámaras de videovigilancia que permitan la grabación de imágenes y sonido⁷⁷;
- g. El control realizado por los funcionarios en relación con la temperatura, ventilación y condiciones de la inmovilización debe ser reflejado en el libro de seguimiento de la medida;
- h. La persona inmovilizada debe ser desatada para que pueda beber, comer o atender a sus necesidades fisiológicas. El personal de vigilancia decidirá si satisfacer dichas demandas a través de una descontención parcial o por medio de una cuña;
- i. Se recomienda el empleo de sujeciones de material textil, en lugar de esposas metálicas;
- j. La comunicación al JVP respecto del inicio de la aplicación de la medida deber realizarse con carácter inmediato. Además, respecto de la comunicación al JVP, debería contener los siguientes detalles: “si la medida ha sido autorizada por el director; si solo se le ha comunicado el informe del médico

77 A dicho propósito, en la página 9 se lee: “Son correctos los protocolos de videovigilancia y videograbación de los CP dependientes de la Dirección General de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Catalunya. En los mismos, la grabación de las imágenes se realiza en un disco duro, que está en la zona de oficinas y al que no tienen acceso los funcionarios, y el director conserva las extracciones correspondientes en un disco independiente, durante seis meses, debiendo solicitar la autorización para su destrucción, transcurrido este período de tiempo, a la dirección general”.

sobre la existencia o no de impedimentos para adoptar la medida; la duración total de la medida si se trata del cese, y si los hechos han motivado o no la incoación de expediente disciplinario, dando al interno la posibilidad de efectuar alegaciones, si lo desea, a la mayor brevedad posible, en cuanto la medida haya sido retirada” (*ivi*, p. 10)⁷⁸.

k. En cuanto a las condiciones de las celdas donde se realizan las sujeciones, estas deben estar bien ventiladas e iluminadas, estar limpias, disponer de medios para regular la temperatura, de una cama articulada y anclada al suelo, de correas preparadas y de interfonos o timbres de llamada al alcance de las personas presas sujetas a la inmovilización.

El MNP advierte que, antes de optar por la aplicación de la contención, hay que intentar dialogar con la persona que se encuentra en estado de alteración, con el fin de evitar la inmovilización. Por tal razón, el personal deberá dirigirse de manera empática y serena, “con postura firme y que transmita sinceridad” (*ivi*, p. 14), dejando la posibilidad a la persona presa de hablar y defender sus ideas. Asimismo, recomienda “ofrecer un espacio para que la persona intente sanarse, por ejemplo, estar un tiempo solo en la habitación o en el patio” (*ibidem*).

Una vez se decida la aplicación de la inmovilización - sanitaria o regimental - intervendrán un mínimo de 4 personas, siendo deseable que sean 5, para poder inmovilizar al recluso o reclusa. Siempre es preferible lograr la colaboración del/la interno/a para el traslado a la celda de inmovilización, que deberá realizarse por 2 funcionarios/as; en el caso de que la persona se resista, se podrá engrilletarla. Es importante que, durante todo el proceso, los funcionarios eviten responder a cualquier tipo de insulto o agresión física o verbal, o provocación (*ivi*, p. 16).

De cara a cómo debe, concretamente, realizarse la inmovilización en la *Guía* se lee textualmente:

Una vez en la habitación de sujeciones, la persona será tendida en la cama, especialmente dispuesta de antemano a tal efecto, en posición de decúbito supino (boca arriba). Se procederá a la sujeción, por este orden, de extremidades inferiores, cinturón abdominal y extremidades superiores. La sujeción boca arriba se complementa con el uso de camas articuladas que permitan elevar el cabecero. En caso de carecer de cabecero articulado pueden insertarse cuñas debajo del colchón que eleven la cabeza hasta alcanzar la altura de seguridad. Se evitarán otro tipo de posturas salvo indicación expresa justificada del médico por alguna razón específica (por ejemplo, existencia de quemaduras, escaras u otro tipo de lesiones dérmicas que contraindiquen el decúbito supino).

Se efectuará, inicialmente, un mínimo de sujeción de tres puntos (sujeción abdominal y extremidad superior e inferior contralateral) y un máximo de cinco puntos (cinturón abdominal y las cuatro extremidades). Excepcionalmente se puede añadir una sexta sujeción de tórax cuando el paciente esté muy agitado. En ningún caso se pondrá una sujeción de tres puntos unilateral.

78 De manera más detallada, respecto de la finalización de la medida, a página 9 se lee: “De todo lo actuado durante la medida se dará traslado al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria para que pueda valorar adecuadamente la medida: fecha y hora del inicio y cese, los motivos de adopción de la medida, si se trata de una inmovilización clínica o regimental, si ha sido facilitada la desescalada con carácter previo a la misma, si el interno ha recibido atención médica con posterioridad al incidente, cuántos puntos de anclaje se le han aplicado o si se han producido incidentes durante la medida, así como copia de la documentación generada como consecuencia de la medida”.

[...] Se evitarán las reducciones a través de acciones potencialmente lesivas para el interno como maniobras de estrangulamiento, retorcer extremidades, etc. Se procurará no cargar excesivamente el peso del profesional sobre el interno, siendo importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción, especialmente en la cara o tórax (*ivi*, p.16).

El control del médico respecto de la aplicación de la medida es imprescindible; el médico deberá, de hecho, personarse en la mayor brevedad posible en el lugar donde se vaya a ejecutar la contención y, asimismo, deberá pronunciarse previamente y por escrito respecto de la existencia de contraindicaciones a la sujeción. Si está o no presente en el momento de la inmovilización, se deja al criterio del profesional sanitario. Entre sus tareas se encuentran también las de documentar que la sujeción no esté provocando lesiones cutáneas ni dificultades respiratorias, que las condiciones de la celda sean idóneas y, en especial, la presencia de posibles heridas o lesiones según las indicaciones del Protocolo de Estambul (2004),⁷⁹ y de las recomendaciones formuladas por el Defensor del Pueblo en el documento “Los partes de lesiones de personas privadas de libertad” (2014)⁸⁰.

El médico deberá volver a evaluar a la persona sometida a la contención al menos cada 4 horas, dejando constancia por escrito. En el caso de que la contención dure más de 24 horas, el médico podrá también evaluar la necesidad de iniciar pauta con heparina.

A continuación, el MNP identifica cuáles son los supuestos en los cuales el médico debe ordenar el traslado de la persona sometida a la inmovilización al departamento de enfermería:

- a. En el caso en que el interno o interna aparezca en estado de confusión, entendiéndose que estos síntomas (fiebre, abstinencia a drogas ilegales o psicotrópicos, intoxicaciones o sobredosis) son hechos sanitarios;
- b. En el caso de existencia de autolesiones o ideación autolítica, “entendiéndose que ambas situaciones constituyen *per se* hechos sanitarios” (*ivi*, p.18);
- c. En el caso de personas incluidas en el PAIEM, para las cuales queda explícitamente prohibida la sujeción regimental.

En cuanto al control por parte del personal de vigilancia, este deberá realizarse personalmente como mínimo cada hora, dejando constancia por escrito. En cambio, el Jefe de Servicio deberá hacer constar cada 2 horas (incluso por la noche) la necesidad de prolongación de la medida.

Una vez finalizada la medida y anotados todos los aspectos relevantes, tanto por parte del personal sanitario como del personal de vigilancia, el MNP insta a la posibilidad de la instauración de un diálogo con la persona que ha sido sometida a la inmovilización con el personal de los servicios psicológicos, sanitarios y de seguridad, respecto de los motivos que han impulsado la contención, con el objetivo de encontrar, de cara al futuro, estrategias alternativas a la sujeción mecánica.

Por último, el MNP dedica el final de la *Guía* a las pautas de desescalada, en aras de “alcanzar una política de cero sujeciones”, para la cual es imprescin-

⁷⁹ El texto puede consultarse accediendo al siguiente enlace: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf> (consultado el 06.09.23).

⁸⁰ El texto puede consultarse accediendo al siguiente enlace: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2014-06-Estudio-sobre-los-partes-de-lesiones-de-las-personas-privadas-de-libertad.pdf> (consultado el 06.09.23).

dible disponer de medidas orientadas a la prevención y a la gestión del conflicto, sea este con la institución, con otros internos o puramente de carácter personal. El MNP llega a sugerir una serie de preguntas en aras de ayudar los profesionales a entender la situación de alteración que se está produciendo y la persona que la está protagonizando:

- ¿El episodio de violencia o agresión es impulsivo o planificado?
 - ¿Hay un peligro real para sí mismo o para otros (por ejemplo, sospecha fundada de posesión de objetos corto-punzantes)?
 - ¿Existen antecedentes de lesiones a sí mismo o a otros?
 - ¿Pueden identificarse desencadenantes que orienten la intervención? (Por ejemplo, se sabe que la persona acaba de recibir una noticia negativa por teléfono, se sabe que recientemente ha presentado algún tipo de conflicto familiar o de pareja grave, se le ha comunicado alguna providencia judicial, el interno tiene deudas...)
 - ¿Existe algún altercado con víctimas u otros internos implicados?, ¿qué relación tiene con los otros internos?
- Posible consumo de drogas legales o ilegales (*ivi*, p.23).

Tras la lectura atenta de la *Guía*, cabe felicitar al MNP por haber confeccionado un documento tan detallado desde una perspectiva garantista para las personas privadas de libertad, y por haber recogido prácticamente *in toto* los estándares internacionales en materia de contención mecánica⁸¹. Sin embargo, las pautas propuestas, desde el paradigma de los derechos humanos, cobran sentido si se insertan en el horizonte de contenciones cero en ámbitos penitenciarios, tal y como ya se logró en otros países europeos, como Italia, donde desde hace diez años, no se han aplicado más contenciones mecánicas regimentales en centros penitenciarios.

A continuación, se procederá a analizar el impacto generado por la publicación de la *Guía* y, precisamente, por un lado, los avances logrados en materia de contención mecánica y, por el contrario, cuáles son las cuestiones que siguen vulnerando los derechos de las personas privadas de libertad que se ven sometidas a la práctica de la inmovilización.

04 EL INFORME DE 2018 (PUBLICADO EN 2019)

Tal y como se ha analizado en el Capítulo anterior (Capítulo 2), en el año 2018, la SGIP publicó la Instrucción 3/2018 titulada *Medios coercitivos. Protocolo para la aplicación de sujeción mecánica por motivos regimentales*, la cual derogó las Instrucciones 3/2017 y 3/2010. Se valora muy positivamente el hecho de que la nueva Instrucción 3/2018 recoja gran parte de las recomendaciones que constan en la *Guía* del MNP. Como se verá en el Capítulo 4, con la entrada en vigor de la nueva Instrucción, acompañada a directrices claras impartidas por la SGIP, se ha registrado una relevante disminución de casos de contenciones mecánicas, sobre todo de tipo regimental.

En 2018 el MNP visitó 14 centros penitenciarios⁸²; durante dichas visitas el Equipo asesor del MNP siguió monitoreando de manera específica la aplicación de la contención mecánica, además de las condiciones de vida en los departamentos de aislamiento. En las visitas realizadas durante los primeros 6 meses de 2018, el MNP pudo constatar cómo, de manera paulatina, habían empezado a grabarse las imágenes de las contenciones, tal y como indica también la Instrucción 3/2018. Sin embargo, en el CP Ibiza, las grabaciones

⁸¹ Véase el Capítulo 1.

⁸² CP A Lama, CP Albacete, CP Brians 2, CP Cáceres, CP Castellón II, CP Ceuta, CP Córdoba, CP Ibiza, CP El Dueso, CP Lanzarote, CP Madrid VI, CP Quatre Camins, CP Soria, CP Teruel.

se guardaban solamente durante 4 días, es decir, un plazo de tiempo absolutamente insuficiente. Tras la visita a este centro, el MNP recomendó también que se ampliaran las dimensiones de la sala donde se realizaba la inmovilización regimental, al ser demasiado reducidas (MNP, 2018, §133). Además, el MNP ha observado cómo las condiciones de las celdas de contenciones no eran las adecuadas, y que los funcionarios no habían recibido ningún tipo de formación en materia de inmovilizaciones (MNP, Ficha de visita CP Ibiza, 26-27 de febrero de 2018, §§9-11⁸³).

Tras la visita al CP de Córdoba, el MNP instó a la Dirección del centro, por un lado, a que se instalase un mecanismo de audio (interfono) que no requiriera que la persona presa lo accionara y, por otro, que se ordenara la adecuación de la celda de contenciones del departamento de mujeres a las indicaciones contenidas en la Instrucción 3/2018 (MNP, 2018, §134).

En el CP Albacete, a pesar de que se valorase positivamente la aplicación moderada de las contenciones, el MNP observó que las cedas de sujeciones mecánicas regimentales tenían un tamaño reducido y que, además, el pulsador del interfono no se encontraba al alcance de la persona inmovilizada. Asimismo, la habitación para sujeciones del módulo de enfermería no contaba con cámara de videovigilancia (MNP, Ficha de visita CP Albacete, 3-4 de julio de 2018, §§ 9-11⁸⁴).

El MNP, en la visita al CP Castellón, pudo apreciar cómo la *Guía* (2017) había sido distribuida entre los funcionarios y, además, que el centro se había dotado de un protocolo interno de actuación sobre contenciones mecánicas, el cual recoge las principales recomendaciones propuestas en la *Guía*. El principal punto crítico que el MNP constató tiene que ver con la inmovilización reiterada y prolongada de internos con trastornos mentales diagnosticados (MNP, Ficha de visita CP Castellón 2, 30-31 de enero de 2018, §21⁸⁵).

La información recibida por el MNP en el CP Lanzarote puso de manifiesto que el médico no siempre supervisa la aplicación de la sujeción mecánica (MNP, Ficha de visita al CP Lanzarote, 22,23 y 25 de octubre de 2018, §9⁸⁶), lo que puede estar motivado por la falta de presencia de personal sanitario en el centro las 24 horas (*ivi*, §20). En los libros de registro no se detalla la identificación de los funcionarios que han aplicado la contención (*ivi*, §12), además, se ha constatado que las dos celdas destinadas a las contenciones no contaban con el sistema de videovigilancia.

En cambio, en la visita al CP Madrid VI, el MNP pudo comprobar la aplicación recurrente de sujeciones mecánicas regimentales a internos que presentaban trastornos mentales y que estaban incluidos en el programa PAIEM. Además, se observó que a un interno con problemas mentales se le aplicó la contención con el propósito de suministrarle un inyectable que le había prescrito el psiquiatra (MNP, Ficha de visita CP Madrid VI, 26-27 de junio de 2018, §§ 4 y 7⁸⁷).

Las problemáticas relativas a los aspectos sanitarios relacionados con las

83 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320615resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

84 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320730resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

85 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320837resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

86 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201047resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

87 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201131resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

inmovilizaciones han sido señaladas de manera reiterada por le MNP tras la visita en el CP A Lama; en primer lugar, se ha detectado que no se prohíbe la aplicación, tanto del aislamiento como de la sujeción mecánica, a personas presas con trastorno mental grave o trastorno psicótico (MNP, Ficha de visita CP A Lama, 4-6 de junio de 2018, §44⁸⁸)⁸⁹. Asimismo, se ha podido verificar que el médico no suele informar de manera inmediata respecto de la existencia de eventuales contraindicaciones con relación a la práctica de la contención mecánica (*ivi*, §47); también la falta de formación en materia de manejo de internos con problemas de salud mental, de aplicación de medios coercitivos⁹⁰ y de resolución pacífica de conflictos fueron remarcas tras la visita realizada en dicho centro (*ivi*, §49).

Respecto de las visitas a los centros penitenciarios catalanes, el MNP detectó la realización frecuente de contenciones en decúbito prono (MNP, 2018, §135), además del uso de la contención regimental hacia personas con enfermedades mentales, hecho explícitamente prohibido por la *Guía*. En particular, en el CP Brians 2 todas las sujeciones figuraban como ordenadas por el psiquiatra, lo que no casaba con la información que el mismo MNP había obtenido (MNP, 2018, §136)⁹¹. También llamó la atención el caso de una contención aplicada a un interno sordomudo en el CP Quatre Camins (MNP, 2018, §137).

05 EL INFORME DE 2019 (PUBLICADO EN 2020)

A pesar del avance que sin duda ha supuesto la Instrucción 3/2018, a lo largo de 2019⁹², el MNP siguió apreciando necesidades de mejora; entre ellas, sobre todo, la necesidad de formación del personal penitenciario involucrado en la aplicación de este medio coercitivo (MNP, 2019, §156).

En el CP Melilla, el MNP constató que las contenciones mecánicas se realizaban tanto en decúbito prono como supino, pese a que la normativa exija su realización solo boca arriba (MNP, 2019, §162). El MNP ha podido observar irregularidades graves en las anotaciones en los registros de contenciones; de la lectura de éstos, no se pudo desprender si se utilizaron esposas o correas homologadas (MNP, Ficha de visita CP Melilla, 22-23 de octubre 2019, §§19 y 22⁹³). Asimismo, las celdas de sujeciones disponían del sistema de grabación de imágenes, pero no de audio (*ivi*, §14)⁹⁴.

En las visitas al CP Almería, pese a constatar favorablemente que casi no se empleaba la sujeción mecánica, los responsables del centro informaron al

88 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f0122023201222resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

89 La misma irregularidad ha sido detectada también en la visita al CP Soria (MNP, Ficha de visita CP Soria, 26-27 de junio de 2018, §4).

90 La misma irregularidad ha sido detectada también en la visita al CP Teruel (MNP, Ficha de visita CP Teruel, 4-6 de julio de 2018, §30).

91 En el CP de Soria el MNP analizó un caso de aplicación de sujeción regimental a un interno con trastorno mental grave por un tiempo prolongado, sin control médico ni por parte de los funcionarios (MNP, 2018, §136).

92 Los centros penitenciarios visitados durante el 2019 por parte del MNP han sido: CP de Ourense, Madrid III (Valdemoro), Madrid II (Alcalá-Meco), Monterroso (Lugo), Asturias, Madrid I (mujeres), San Sebastián, Melilla y Las Palmas y Las Palmas II. El CIS visitado fue el Mercedes Pinto, en Santa Cruz de Tenerife y el Centro Obert de Barcelona. También fue objeto de visita la unidad de custodia hospitalaria del Hospital Punta de Europa de Algeciras y el Pabellón Hospitalario Penitenciario de Terrassa (MNP, 2019, §134).

93 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f0122023201328resumen.PDF>

94 Estos 2 elementos de incumplimientos han sido observados también en la visita al CP Asturias del 10 y 11 de septiembre de 2019 y del CP Malaga del 26 y 27 de junio 2019.

MNP de que ante estados de agitación, resistencia o agresividad solían recurrir a la contención farmacológica. A dicho propósito, el MNP ha solicitado información respecto de los casos en los que se aplica, quién la prescribe, si existe consentimiento informado, quién la administra y dónde se realiza (MNP, 2019, §196). En particular, el MNP pudo constatar cómo la administración de psicofármacos en contenciones solo se registra en la historia clínica, sugiriendo a la SGIP que se cree una herramienta que permita registrar la contención farmacológica en los casos en que la persona presa demuestre agresividad. Sin embargo, cabe señalar cómo dicha recomendación ha sido rechazada por parte de la misma Secretaria (MNP, Ficha de visita CP Almería, 13-14 marzo 2019 §8⁹⁵). Del mismo modo, la SGIP no ha considerado conveniente aceptar la recomendación del MNP de anotar en los libros de registro el nombre de los funcionarios de vigilancia que hayan podido intervenir en el incidente que dio causa a la aplicación del medio coercitivo (*ivi*, §7).

Por último, en el CP Almería, el MNP pudo constatar que en la celda donde se aplican las contenciones con correas había una bolsa de plástico en la que se indicaba “celda de castigo” (*ivi*, §12).

En cuanto a la visita realizada en el CP Madrid III, fueron detectados varios casos de aplicación de correas ante intentos autolíticos (MNP, Ficha de visita CP Madrid III, 20-22 de febrero 2019, §22⁹⁶), además de incoherencias en los libros de registro.

En el CP Ourense, pese a que constató un escaso uso de las contenciones (MNP, Ficha de visita CP Ourense, 6-7 de febrero, 2019 §3⁹⁷), resultó que debían mejorarse el sistema de grabación de imágenes, ya que los vídeos se guardaban solamente durante 30 días, y el de sonido, mecanismo que aún no ha sido implementado. En el centro, además, no había asistencia médica las 24 horas y la asistencia sanitaria presencial se realizaba únicamente dos tardes a la semana (*ivi*, §§11, 12).

En cambio, sorprende positivamente que no constasen casos de aplicación de contención mecánica en el CP Santa Cruz de Tenerife (MNP, Ficha de visita CP Santa Cruz de Tenerife, 10 de abril de 2019, §12⁹⁸).

95 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201356resumen.PDF>

96 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201457resumen.PDF>

97 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201538resumen.PDF>

98 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320168resumen.PDF>

Pese a la emergencia sanitaria provocada por la Covid-19, a lo largo del 2020 el MNP logró igualmente visitar algunos centros penitenciarios (CP Alicante II, CP Bonxe, CP Madrid IV, CP Málaga II, CP Murcia II, CP Puig de les Basses⁹⁹). Durante ese año, la temática de la contención mecánica perdió centralidad en los informes anuales del MNP a causa de la pandemia, tal y como es plenamente comprensible.

El MNP pudo comprobar que en el CP Puig de les Basses se realizaban contenciones mecánicas prolongadas en decúbito prono, además en la denominada posición de “superman”, es decir, con los brazos en alto. También constató que las salas de contenciones no presentaban un perfecto estado de limpieza y mantenimiento. Por ello, el MNP recomendó que se sustituyesen los colchones con otros de mayor tamaño y también los de polipiel, así como la necesidad de regular la temperatura y la humedad; también instó al centro a adoptar las mayores precauciones posibles para garantizar que la comunicación interno-funcionario fuese permanente y eficaz (MNP, 2020, §267). En la misma prisión también se observó la ausencia de documentación relativa a la necesaria supervisión por el/la médico/a de las personas sometidas a contenciones mecánicas. En algunos casos se apuntaba la aplicación de la sujeción mecánica regimental como una anotación del evolutivo de la historia clínica (MNP, 2020, §291).

En el CP Madrid IV, el MNP detectó varios errores a la hora de cumplimentar los libros de registro de contenciones; en particular “el libro resulta confuso y no siempre especifica el medio [coercitivo] empleado” (MNP, Ficha de visita CP Madrid IV, 3-4 de marzo de 2020, §11), lo cual impide conocer realmente cuántas inmovilizaciones - y de qué tipo - aplicaron. Incongruencias parecidas se constataron en el CP Malaga II:

El libro de aplicación de medios coercitivos no está cumplimentado de forma adecuada, hay casos en los que no se anotan todos los medios utilizados, falta en todas las anotaciones la información de si la situación ha sido revisada por el médico, etc. Cuando se utilizan las correas homologadas, tampoco hay registro del seguimiento exhaustivo que debe seguirse. Además, no coinciden los datos del registro Sistema Informático Penitenciario con el libro físico (SIP)” (MNP, Ficha de visita CP Malaga II, 30 de junio-1 de julio de 2020, §8).

Pese al drama de la crisis sanitaria que se estaba desplegando por todo el Estado, en aquellos meses - y, por tanto, también y sobre todo en las cárceles¹⁰⁰ - en el CP Murcia II, se comprobó que la plaza de la subdirección médica

99 El resumen completo de las fichas puede consultarse, respectivamente, en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320181resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).
<https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201827resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).
<https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023201943resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).
<https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023202011resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).
<https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023202032resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).
<https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023202048resumen.PDF> (consultado el 30.05.23).

100 De cara a profundizar sobre la gestión de la emergencia sanitaria provocada por el covid-19 en las cárceles del Estado español, se sugiere la lectura de los informes realizados sobre la temática por el Equipo SIRECOVI https://sirecovi.ub.edu/administracion_estado_es.html#diagnostico consultado el 13.09.23.

no estaba cubierta (MNP, Ficha de visita CP Murcia II, 29-30 de septiembre de 2020, §7). Además, el día de la visita del MNP había 729 internos tomando medicación psicotrópica, lo que representaba el 66,7% de la población del centro, pese a que no hubiese consulta de psicología clínica en esa prisión (*ivi*, §35). Según los datos proporcionados durante todo 2019 y los primeros 6 meses de 2020, en el CP Murcia II se produjeron 20 contenciones mecánicas con correas; en el caso de las esposas, en el mismo periodo de tiempo, al MNP le constaban 168 anotaciones. De estas 168, prácticamente todas tuvieron, curiosamente, una duración de 5 minutos (*ivi*, §24).

07 EL INFORME DE 2021 (PUBLICADO EN 2022)

En este informe, a raíz de las visitas realizadas¹⁰¹, el MNP se posicionó claramente a favor de la progresiva abolición a largo plazo de las contenciones mecánicas (MNP, 2021, §145). En ese sentido, el MNP entiende que la SGIP debe tener una posición alternativa global para reducir la aplicación de medios coercitivos e intentar, a la vez, reducir los incidentes y la conflictividad en los centros penitenciarios (MNP, 2021, §146), así como potenciar la formación del personal penitenciario sobre la aplicación de dicho medio coercitivo (MNP, 2020, §145).

En el CP Albolote, el MNP pudo comprobar a través del visionado de las grabaciones que, durante la última contención mecánica aplicada en el centro, “la persona contenida se encontraba tranquila y colaborativa, tanto en los momentos previos como durante y con posterioridad a la contención, lo que genera serias dudas respecto de la necesidad y proporcionalidad de la medida” (MNP, Ficha de visita CP Albolote, 18-19 de noviembre de 2021, §32¹⁰²). Sorprendentemente, la SGIP explico que la aparente tranquilidad manifestada por el recluso “responde a una estrategia del interno, teniendo en cuenta sus antecedentes, al que hubo que esposar durante la intervención del médico debido a su agresividad” (*ivi*, §33).

Durante la visita en el CP Ávila, el MNP tuvo la oportunidad de observar la existencia de una celda acolchada, que se utiliza como alternativa a la inmovilización ante la situación de internos/as alterados/as. Pese a felicitar la creación de dicha solución, el MNP remarcó la necesidad de regular con urgencia el uso de la misma, ya que “nos encontramos con un procedimiento no contemplado en la legislación penitenciaria y para el que no existen las debidas garantías” (MNP, Ficha de visita CP Ávila, 25-26 de marzo de 2021, §37¹⁰³). Ante dicha recomendación formulada por el MNP, la cual merece ser compartida, no se acaba de comprender por qué la misma observación no se ha formulado respecto del medio coercitivo de la contención mecánica. Como ya ha sido señalado, el art. 72 RP no menciona expresamente la inmovilización con correas a la cama como medio coercitivo, el cual presenta una diferenciación cualitativa relevante respecto al empleo de las esposas.

En la visita al CP Brians 1 fueron varias las irregularidades detectadas: en primer lugar, la carencia en el registro y documentación de las contenciones (MNP, Ficha de visita CP Brians 1 el 2021, §22¹⁰⁴); en segundo lugar, la falta de grabación del sonido, la cual impide analizar la interacción entre funcionarios

101 CP visitados: CP Albolote, CP Ávila, CP Brians 1, CP Castellón I, CP Joves de Barcelona, CP León, CP Puerto I, CP Segovia, CP Sevilla I, CP Sevilla II.

102 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f0122023202128resumen.PDF> (consultado el 15.06.23).

103 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f012202320226resumen.PDF> (consultado el 15.06.23).

104 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f0122023202233resumen.PDF> (consultado el 15.06.23).

e internos en la sala de contenciones (*ivi*, §23); y, en tercer lugar, la preocupante existencia de contenciones de más de 6 horas de duración, pese a la entrada en vigor de la Circular 2/2021¹⁰⁵. El MNP pudo constatar también el alarmante incremento de los suicidios en el centro y, sobre todo, entre las mujeres del DERT del CP Brians 1 (*ibídem*).

En la visita al CP Joves, ubicado en provincia de Barcelona, el Equipo del MNP pudo constatar un número elevado de contenciones mecánicas con correas¹⁰⁶. Además, otro punto crítico fue la falta de adecuación de la celda donde se realizan las contenciones, hasta el punto de que “la situación de la mencionada celda puede poner en peligro la vida y la integridad de la persona sometida a la medida y dificulta el trabajo de los empleados penitenciarios” (MNP, Ficha de visita CP Joves, 25-26 de mayo de 2021, §§ 22 y 43¹⁰⁷). Por último, cabe señalar la falta de servicio médico presencial en turno de noche y durante los días festivos (*ivi*, § 27), estancias prolongadas en el departamento de aislamiento (*ivi*, § 31, 32) e irregularidades en la remisión de la aplicación de los medios coercitivos y de los partes de lesiones al JVP¹⁰⁸, que se realiza a través del correo interno, no quedando así constancia fehaciente del envío (*ivi*, § 34).

Los problemas en la comunicación al JVP se han observado también en el CP Puerto I (centro de cumplimiento de internos únicamente clasificados en primer grado) donde no existe la posibilidad de comunicación los fines de semana y los días festivos con los JVP, en relación con cuestiones como la aplicación de los medios coercitivos o las limitaciones regimentales (MNP, Ficha de visita CP Puerto I, 24-26 de febrero de 2021, §27¹⁰⁹). En dicha visita las problemáticas detectadas fueron muchas, así como particularmente duras fueron las observaciones realizadas por el MNP; en primer lugar, en el centro no existía libro en papel de medios coercitivos, sino hojas extraíbles, y por ello susceptibles de ser extraviadas (*ivi*, §14). En segundo lugar, las celdas de contenciones carecían de sistema de climatización y la grabación no recogía el sonido (*ivi*, §19). Ante ello, el MNP afirmó que:

Se viene observando de forma generalizada una mala praxis en la práctica de las sujeciones mecánicas con correas, a pesar de la importante reducción del número de las mismas, lo cual se insiste debe ser reconocido como un logro importante de esa Administración (*ivi*, §20).

En efecto, desde el 1 de enero de 2019 hasta el 24 de febrero de 2021, en el CP Puerto I se produjeron 13 sujeciones mecánicas con correas y 141 anotaciones con esposas; a dicho propósito, el MNP volvió a remarcar que se debía seguir esta tendencia a la baja, “con el objetivo a largo plazo de su supresión total” (*ivi*, §16). Sin embargo, si bien se registró una disminución en la aplicación de las contenciones, el número de los aislamientos provisionales fue muy elevado (352 en el mismo periodo) (*ivi*, §17). Mucha preocupación generó también el uso de la celda de observación, destinada a la recogida de excrementos en caso de sospecha de que los internos porten drogas en el interior de sus cuerpos. El MNP definió las condiciones de dicha celda como “absolutamente inaceptables”, añadiendo que la estructura (opresiva y sin condiciones mí-

105 Cfr. Capítulo 4.

106 Cfr. Capítulo 4.

107 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f1012202320237resumen.PDF> (consultado el 15.06.23).

108 Irregularidades en la comunicación al JVP han sido detectadas también en la visita al CP León: “La aplicación de medios coercitivos se comunica al juzgado de vigilancia penitenciaria, pero la misma contiene poca información al respecto. El mencionado órgano judicial no suele remitir resolución alguna tras la remisión de la información sobre la aplicación concreta de un medio coercitivo” (MNP, Ficha de visita CP León, 22-24 marzo de 2021, §14).

109 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2f10122023202330resumen.PDF> (consultado el 15.06.23).

nimas) y el uso (sin control médico, sin registro, y sin cobertura legal), puede ser considerado “un entorno de tortura”, (*ivi*, §8).

Dudas respecto a su legitimidad, generó también la existencia de una “sala para pensar” en el CP Segovia. Se trata de una celda donde se traslada a los internos con el objetivo de que reflexionen sobre una determinada actitud perturbadora del orden, aunque posteriormente la SGIP informó al MNP de que se suele utilizar en los casos de aislamiento provisional (MNP, Ficha de visita CP Segovia, 6-7 septiembre de 2021, §34¹¹⁰).

Quizás más graves aún fueron las observaciones realizadas por el MNP durante la visita al CP Sevilla I, destacando, en particular, el hecho de que se aplicasen de manera habitual contenciones mecánicas regimentales ante intentos de suicidio (MNP, Visita al CP Sevilla I del 6-8 de mayo de 2021, §28¹¹¹). Además, durante la visita se analizaron, junto con el subdirector de seguridad del centro, las imágenes de las inmovilizaciones, y se conoció de un caso en el que el interno entraba en la celda de contenciones “sin ningún signo de agitación e incluso se colocaba él mismo las correas” (*ivi*, §29).

Como prueba de la diferencia entre cada prisión, cabe señalar como en el CP Castellón II, no se hayan aplicado contenciones con correas en los últimos 3 años. En cambio, se han producido más de 300 aislamientos provisionales con una duración media de 24 horas, además del empleo de la fuerza física en 47 ocasiones (MNP, Ficha de visita CP Castellón II, 9-10 de septiembre de 2021, §14,16¹¹²).

08 EL INFORME DE 2022 (PUBLICADO EN 2022)

En este informe relativo al año 2022, la cuestión de la contención mecánica no representa un eje prioritario, no destacando entonces observaciones particularmente relevantes respecto de nuestro objeto de estudio.

Los CP visitados: CIS Carmela Arias y Díaz de Rábago, CP Ocaña II, CP Jaén, CP Militar de Alcalá de Henares, CP La Moraleja, CP Ponent, CP Madrid III, CP Zuera, CP Lledoners, CP Tenerife II. Pese a ello, se ha publicado solamente una fecha de visita, la del CP Madrid III, cuyo objetivo principal fue analizar las celdas de observación de excretas - conocidas como celdas ciegas - las cuales pueden ser consideradas como un entorno de maltrato y tortura (MNP, Visita al CP Madrid III del 11 de julio de 2022¹¹³).

09 DISCUSIÓN CRÍTICA

La primera valoración que se puede elaborar a raíz del análisis de la labor del MNP en materia de contención mecánica se centra en la constatación de que el camino para lograr un pleno cumplimiento de los derechos de las personas presas sigue siendo largo y tortuoso. Pese a ello, respecto al objeto de estudio del presente informe, es indudable el impacto provocado por la publicación de la *Guía* y por el monitoreo constante de las cárceles de todo el Estado llevado a cabo por el MNP.

110 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2fi0122023202415resumen.PDF> (consultado el 28.06.23).

111 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2fi0122023202445resumen.PDF> (consultado el 28.06.23).

112 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2fi0122023202522resumen.PDF> (consultado el 28.06.23).

113 El resumen completo de la ficha puede consultarse en: <https://mapamnp.defensordelpueblo.es/%2faccessibilidad%2fi0122023202750resumen.PDF> (consultado el 28.06.23).

Respecto del nivel de implementación de las recomendaciones contenidas en la *Guía*, en las entrevistas mantenidas con el Equipo del MNP, pese a que resulte complejo hacer una valoración generalizada como consecuencia de las visitas realizadas a todas las instalaciones, se desprende una cierta satisfacción entre los/as integrantes del MNP. En ese sentido, son dos los elementos cuya acogida por parte de las administraciones habría determinado cambios en positivos respecto de las inmovilizaciones en contextos penitenciarios. En primer lugar, el MNP remarcó la importancia de la implementación de sistemas de videovigilancia en las celdas de contenciones. La posibilidad de acceder a las grabaciones de las contenciones ha supuesto un avance sumamente relevante¹¹⁴. Ello tal vez se deba a las funciones que tiene la observación de acciones concretas; tal y como ha afirmado Mauro Palma, expresidente del CPT, observar comporta una triple función:

La primera función es la que vuelve a llevar a la sociedad externa dentro del mundo observado y, por lo tanto, suprime el muro, de alguna manera. La segunda función es la de modificar el mundo observado, pues como he indicado arriba, observar es ya actuar. La tercera función es la que da herramientas para construir los estándares, las reglas generales que no sólo se basan en nuestros fundamentos teóricos, sino en lo que es la vida concreta, porque las herramientas del derecho por sí solas no son suficientes en el momento en que no se fundamentan sobre la concreción ejecutiva. La concreción ejecutiva debe observarse en aras de construir un sistema general, el que nosotros llamamos de *soft law*, que complementa de manera determinante el sistema normativo, que llamamos de *hard law* (Palma, 2021, p.116).

La observación en este caso no ha sido llevada a cabo solamente por parte de los integrantes del Equipo del MNP en el momento de la visita, sino que el visionado de las grabaciones, en la mayoría de las ocasiones, se ha realizado de manera conjunta con el/la director/a del centro penitenciario visitado. Según alegó el MNP en la última entrevista mantenida, esta tarea, que hasta se podría definir como pedagógica, ha logrado incidir, en cierta medida, en la perspectiva de los responsables directos de dichos centros penitenciarios, con independencia de la posibilidad de elevar las quejas a instancias superiores. El visionado conjunto ha permitido cuestionar determinadas prácticas en el seno de la misma institución, llegando a un entendimiento respecto al hecho de que determinadas actuaciones pueden suponer una mala praxis.

El segundo elemento que más ha influenciado en la cuestión que nos interesa (el fenómeno de las inmovilizaciones) ha sido, probablemente, la insistencia en la necesidad de registrar la información lo más detalladamente posible. Pese a que sigan existiendo resistencias por parte de las administraciones penitenciarias para asumir las recomendaciones que el MNP ha formulado en materia de registros, recientemente se ha detectado una tendencia en positivo. La existencia de registros debidamente cumplimentados representa un ulterior mecanismo de control que resulta fundamental a la hora de valorar el impacto producido por determinadas prácticas particularmente aflictivas, como lo son todos los medios coercitivos y, en especial, la contención mecánica. Como se verá en el siguiente Capítulo (número 4), es solamente gracias a los registros que se ha podido llevar a cabo un verdadero estudio de tipo cuantitativo del fenómeno de las inmovilizaciones.

Precisamente, tras el análisis pormenorizado de los registros por parte del MNP se ha podido constatar cierta confusión, en particular, respecto a la anotación de la tipología de la contención (regimental o sanitaria). En principio, la Instrucción 3/2018 exige que se registren en el SIP y en los registros físicos las contenciones médicas también, pese a que en la instrucción se regulen solamente las contenciones regimentales. La falta de una regulación específica de las sujeciones sanitarias, ya que desde el sector médico-penitenciario todavía no se han emitido protocolos específicos, ha conllevado que, en ocasiones, las contenciones sanitarias, sobre todo en casos de personas presas que presentan problemas de salud mental o ideas autolíticas, se apliquen pero no se registren.

¹¹⁴ Pese a que, como se ha constatado en el análisis de los informes del MNP más recientes, siguen existiendo irregularidades y deficiencias en dicha videovigilancia.

En la práctica, la diferencia entre contenciones sanitarias y contenciones regimentales no siempre queda clara. Pese a las detalladas instrucciones y a las circulares promulgadas tanto por la SGIP como por la SMPRAV, ante una práctica tan controvertida, sigue existiendo cierto grado de confusión entre lo que se entiende por “regimental” y lo que se entiende por “sanitario”. De hecho, la inmovilización es una práctica que se suele asociar al mundo psiquiátrico (pese a que en muchos países, afortunadamente, se hayan superado) y no al disciplinario. Este hecho invita a reflexionar acerca del papel que asumen los médicos en el contexto penitenciario, y al rol que ocupan en la aplicación de medidas altamente aflictivas vinculadas al aparato regimental, tales como el aislamiento y las sujeciones mecánicas. Shalev manifiesta su contrariedad respecto de la previsión de que los médicos autoricen una sanción de aislamiento, debido a que, con estos actos, los profesionales sanitarios “están dando su aquiescencia para una forma de castigo que se sabe, tiene efectos perjudiciales en la salud física y mental” (2014b, p. 68). El mismo interrogante se puede formular acerca de las contenciones mecánicas, aún más si consideramos el carácter disciplinario que las personas privadas de libertad les atribuyen. Aunque los estudios de sociología del sistema penitenciario suelen sostener que la cultura del personal médico tiende a situarse en una posición “externa” con respecto a la lógica de la prisión (Sarzotti, 2007), en el fenómeno de la inmovilización asistimos a un solapamiento total entre los planos interno y externo. La consecuencia directa es que, una vez más, en las prisiones se confirma la primacía de las necesidades disciplinarias en detrimento de las necesidades de tratamiento e, incluso, médicas.

Por lo que concierne especialmente a la situación de las cárceles españolas, en opinión del MNP, la falta de personal médico influye de manera determinante en el nivel de cumplimiento de la *Guía*. El MNP pudo constatar, en diversos casos, que el reconocimiento médico no se llevaba a cabo según lo planteado, ni en la *Guía*, ni en la Instrucción 3/2018; llegando, incluso, a realizarse en presencia del personal de vigilancia en algunas ocasiones. Estas dinámicas corroboran, una vez más, que el espacio médico resulta invadido por criterios securitarios y relacionados con el mantenimiento del orden interior.

De cara a valorar el nivel de adecuación de la *praxis* a los estándares de derechos humanos, otro elemento que cabe tomar en cuenta es, sin duda, la duración de la inmovilización. La decisión de no incluir una duración máxima en la *Guía* fue fuente de debate entre los expertos que colaboran con la institución del MNP. Según explicó Fernando Herrero, actual Director de la Unidad del MNP, finalmente se optó por no incluir un límite de tiempo determinado debido al temor de que ello pudiera legitimar el mantenimiento de la inmovilización hasta este máximo de tiempo permitido. Al contrario, el empleo del concepto de “tiempo mínimo imprescindible” permitiría establecer un sistema de verificación, tal y como lo son en los registros.

En cuanto a la futura erradicación de las contenciones mecánicas, el MNP confía en su alcance, no obstante, descarta su alcance a corto plazo. A lo largo del proceso que puede conducir a la meta de “contenciones cero” es clave el planteamiento de las alternativas a las inmovilizaciones. El fomento de recursos de mediación del conflicto, y la implementación de soluciones tales como las celdas acolchadas - tal y como está ocurriendo en el CP Avila¹¹⁵ - serán fundamentales de cara a convencer a las administraciones penitenciarias - y, sobre todo, al funcionariado - de que es posible trabajar y gestionar

115 La Circular 2/2021 SMPRAV preveía la implementación de una prueba piloto relativo a la instalación de una celda acolchada en el CP Brians 2 durante un periodo de 3 meses. La aplicación del medio coercitivo del aislamiento provisional en la celda acolchada (contención ambiental) debía fungir de alternativa a la aplicación de la contención mecánica. En el Capítulo 5, se dará cuenta de las motivaciones alegadas por los responsables de la administración penitenciaria catalana acerca del éxito negativo de la prueba piloto.

situaciones conflictivas sin emplear las contenciones mecánicas.

Pese a ello, el MNP advierte de los riesgos que puedan derivar de la sustitución de la contención mecánica por otros métodos; preocupa especialmente el uso que se le podría dar a la contención farmacológica, la cual, quizás, sea aún más difícil de someter a procesos de control. Sin embargo, a pesar de que la contención mecánica haya sido regulada (aunque por vía administrativa) como el resto de medios coercitivos, ello no ha supuesto un impedimento a la proliferación, en la práctica, de nuevas medidas coercitivas tales como las celdas de observación o incluso, como se ha visto previamente, la celda “para pensar”. Tal vez esto pueda sugerirnos que la protocolización de ciertas medidas - sobre todo si presentan un carácter aflictivo - no es una garantía suficiente contra los abusos.

En mérito al objetivo de “contenciones cero”, resulta particularmente extraña la experiencia catalana; si bien a principios de 2021, a través de la Circular 2/2021, la SMPRAV anunciara que éste era, precisamente, el fin último de la nueva regulación, en la práctica ocurrió lo contrario (tal y como ha sido constatado también por el MNP). Entender por qué en la actualidad la situación española difiere de manera sustancial de la catalana representa uno de los objetivos específicos del presente estudio. De cara a la comprensión de esta diferencia, resultará fundamental el análisis cuantitativo recogido en el siguiente Capítulo (número 4) y los resultados del trabajo empírico descritos en el Capítulo 5.

04

Panorámica
cuantitativa sobre
el fenómeno de
las contenciones
mecánicas en
los sistemas
penitenciarios
español, catalán
y vasco

01 CONTENCIONES MECÁNICAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS GESTIONADOS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

1.1 Introducción

La Administración General del Estado (AGE) gestionaba, hasta el 1 de octubre de 2021, un total de 69 centros penitenciarios (CP) repartidos por todo el territorio español, a excepción de la comunidad autónoma de Catalunya. A partir de 2021, la AGE dejaba de gestionar también los 3 centros penitenciarios ubicados en el País Vasco, cuyas competencias fueron transferidas a esta comunidad autónoma.

Desde el equipo investigador que realiza la presente investigación, se solicitaron a la SGIP, a través del Portal de Transparencia, los datos relativos al período comprendido entre los años 2017 y 2022 y hasta el 30 de septiembre de 2023 acerca del uso de contenciones mecánicas¹¹⁶. En nuestra petición se solicitaba a la administración que los datos fuesen disgregados según el año, la fecha, el centro penitenciario en que se aplicaron, la duración de la medida, el motivo de su aplicación, el cargo del o de la profesional ordenante de su aplicación, la edad de la persona sometida a la medida, su nacionalidad, su situación penitenciaria y su ubicación, así como algún tipo identificación de la persona que nos permitiera analizar el número de veces que cada una de ellas había sido sometida a la medida.

Sin embargo, desde la SGIP se nos respondió que, de todos los datos respecto al uso de contenciones mecánicas de larga duración solicitados, únicamente podían ser explotados informáticamente los relativos al centro penitenciario, la fecha y duración de la medida. En cuanto al profesional ordenante - sanitario/a o de vigilancia penitenciaria - informaron que no fue hasta el año 2019 cuando empezaron a diferenciar entre sujeciones mecánicas por motivos sanitarios y sujeciones mecánicas por motivos regimentales.

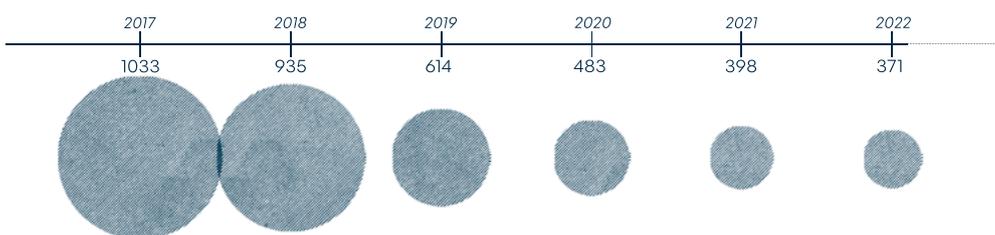
En cambio, como se verá a continuación, los datos proporcionados por parte de la SMPRAV son muchos más exhaustivos, lo cual ha permitido realizar un análisis más completo de múltiples variables.

116 Cabe señalar que la misma petición de datos fue utilizada también en el marco del proyecto Alternativas a la contención mecánica y su regulación en diversos sistemas penitenciarios europeos. El uso de la contención mecánica y sus alternativas en los sistemas penitenciarios catalán, español, vasco, italiano, alemán y francés realizado por los/as investigadores/as de la asociación Observa y colaboradores/as, en el cual se abarcó una temporalidad más amplia.

1.2 Análisis respecto del número de contenciones aplicadas, tipología, duración y centro penitenciario

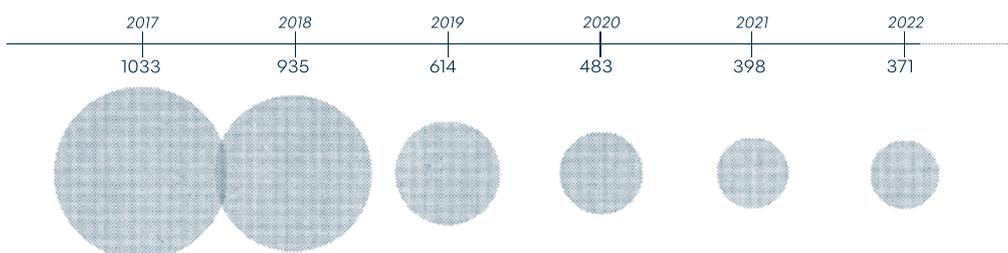
Según los datos facilitados por la SGIP, entre los años 2017 y 2022 se han empleado contenciones mecánicas en un total de 3.834 ocasiones. En dicho período la población penitenciaria recluida en los centros gestionados por la AGE osciló entre las 51.186 personas que se contaban en enero de 2017, y las 46.568 contabilizadas a diciembre de 2022¹¹⁷. Como puede constatarse en el gráfico 1, en el período analizado se observa una dinámica de reducción respecto al uso de las contenciones que se va acentuando, sobre todo a partir de 2019, tras la entrada en vigor de la instrucción 3/2018 de la SGIP.

Gráfico 1. Contenciones mecánicas en CP dependientes de la AGE por año



Si se analiza el uso de contenciones en números totales, de las 1.033 contenciones mecánicas que se aplicaron en 2017 se pasó a las 371 en 2022, lo que representa una reducción de casi un 64%. No obstante, si tenemos en cuenta la reducción progresiva de población penitenciaria que han experimentado las cárceles administradas por la AGE durante dicho período, la tendencia a la baja se reduce. En el gráfico 2 puede verse la evolución en el tiempo del número de contenciones por cada 100 personas privadas de libertad.

Gráfico 2. Contenciones mecánicas por cada 100 personas presas en CP de la AGE



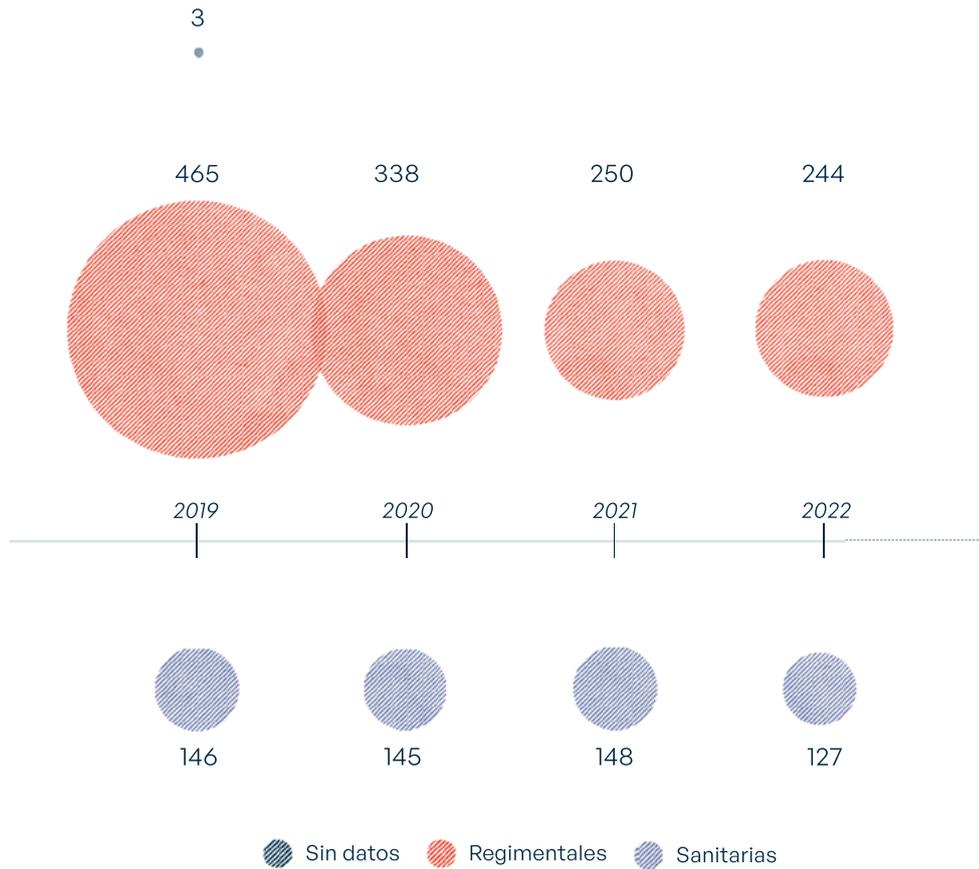
De las 2,02 contenciones mecánicas practicadas por cada 100 personas privadas de libertad en 2017, se pasó en 2022 al 0,8%, lo que representa una reducción del 61,6%.

Como se apuntaba con anterioridad, no fue hasta 2019 cuando la SGIP empezó a sistematizar los datos de las contenciones aplicadas en sus centros penitenciarios, en función de si las mismas habían sido de tipo sanitario o regimental¹¹⁸. En el gráfico 3 puede verse el número de contenciones aplicadas entre los años 2019 y 2022 en centros penitenciarios dependientes de la AGE, clasificadas según sanitarias o regimentales.

¹¹⁷ Datos adquiridos en <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/administracion-penitenciaria/estadistica-penitenciaria> (consultado el 03.05.23).

¹¹⁸ Al analizar los datos facilitados por la SGIP nos encontramos con que también se desconoce esta información respecto a 3 de las contenciones que se aplicaron durante el año 2019.

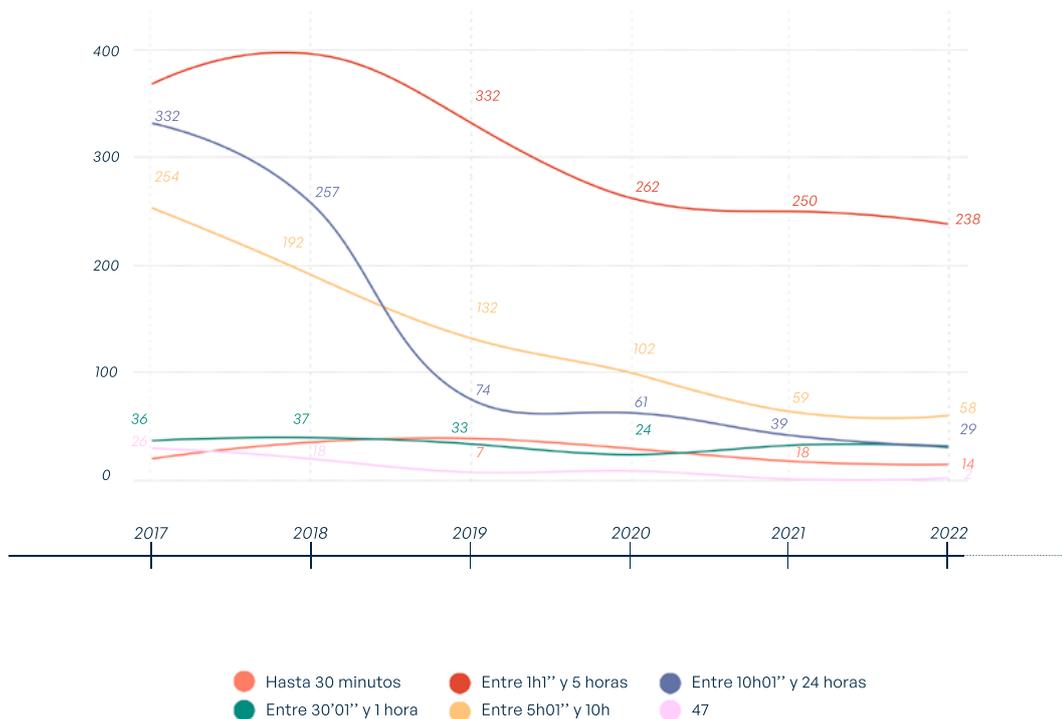
Gráfico3. Contenciones regimentales y sanitarias en CP de la AGE por año



Mientras que las contenciones de tipo sanitario se han mantenido estables entre los años 2019 y 2022, la aplicación de las contenciones de tipo regimental ha disminuido en el mismo periodo de tiempo.

Junto al número de contenciones aplicadas entre los años 2017 y 2022, también ha disminuido la duración de las mismas.

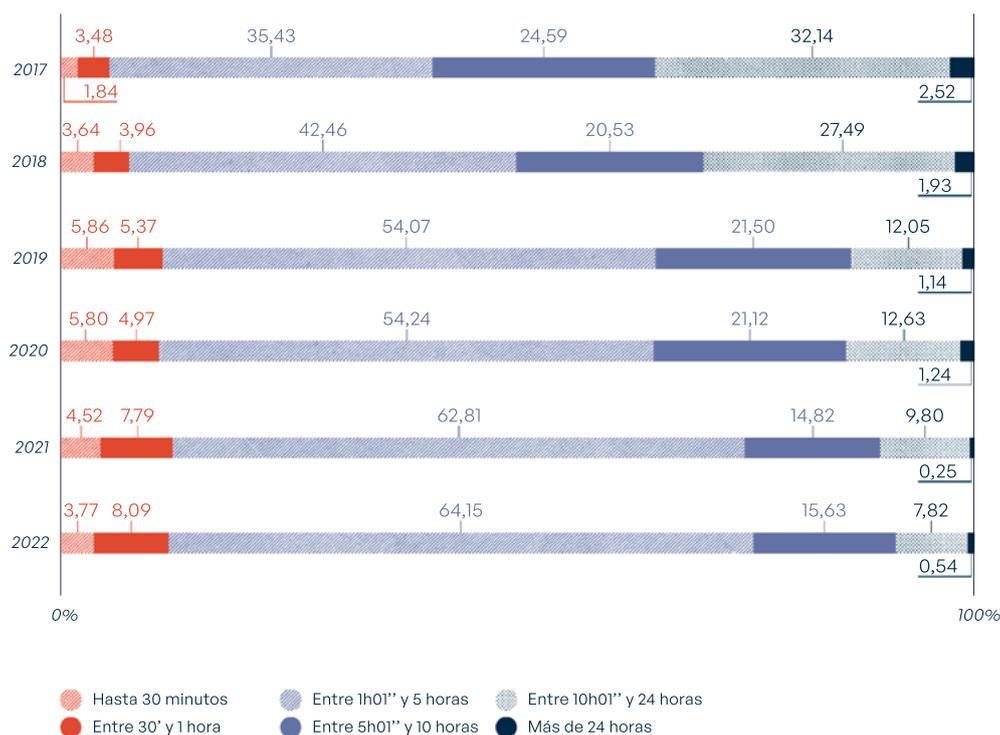
Gráfico 4. Evolución del nº de contenciones mecánicas en CP dependientes de la AGE según su duración (2015 - 2022)



Como puede observarse en el gráfico 4, en 2017 se registraron 26 casos en los que se aplicaron contenciones mecánicas de más de 24 horas de duración, cifra que fue decreciendo progresivamente, registrándose un solo caso en 2021 y dos en 2022. Evolución similar se observa respecto a las contenciones mecánicas de una duración de entre 10 y 24 horas, las cuales han ido reduciéndose, pasando de 332 en 2017 a 29 en 2022.

En el siguiente gráfico (número 5) se muestra el porcentaje de cada tramo de duración¹¹⁹ respecto al total de contenciones mecánicas aplicadas cada año.

Gráfico 5. % de cada tramo de duración sobre el total de contenciones mecánicas realizadas cada año



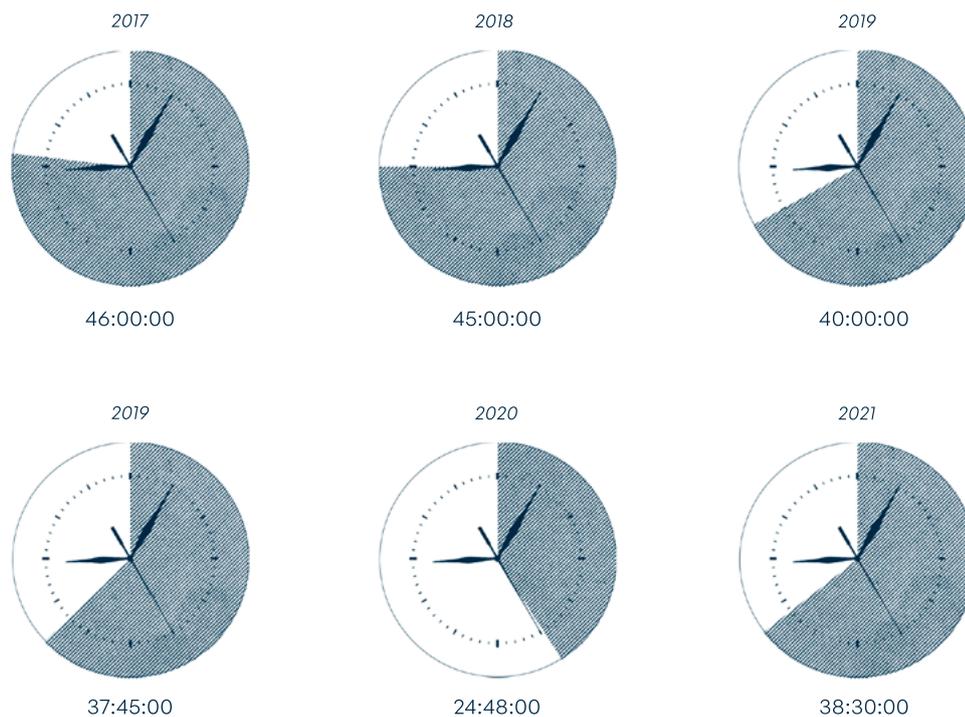
El porcentaje de contenciones mecánicas con una duración mayor a las 24 horas ha pasado de representar el 2,52 % del total de contenciones practicadas en centros penitenciarios dependientes de la AGE en 2017, al 0,54% en 2022. El porcentaje respecto al tramo de duración inmediatamente menor (de 10 a 24 horas) se ha visto reducido también, pasando de constituir el 32,14% del total de contenciones practicadas en 2017, al 7,82% en 2022.

Por consiguiente, las contenciones mecánicas con una duración menor a las 5 horas han aumentado respecto al total. Las contenciones de entre 30 minutos y 1 hora de duración han pasado de suponer el 3,48% al 8,09% del total, y aquellas con una duración de entre 1 y 5 horas han pasado de suponer el 35,43% del total de contenciones, al 64,15%.

Además, se observa progresivamente una reducción respecto a la duración máxima de aplicación de la medida, que pasa de ser de 46 horas en 2017 a 38 horas y 30 minutos en 2022.

¹¹⁹ 1) Más de 24 horas; 2) entre 10 y 24 horas; 3) entre 5 y 10 horas; 4) entre 1 y 5 horas; 5) entre 30 minutos y 1 hora; 6) menos de 30 minutos.

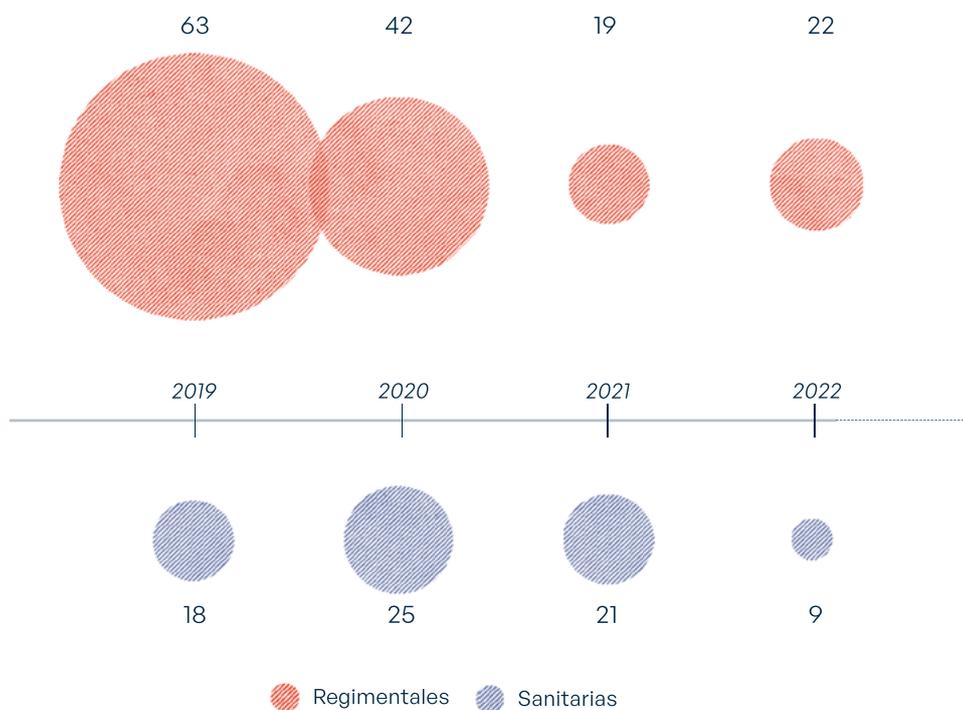
Gráfico 6. Contenciones mecánicas de mayor duración por año



Si analizamos las contenciones mecánicas de mayor duración en función de si las mismas fueron sanitarias o regimentales (gráfico 7), encontramos una gran variabilidad entre los diversos años. Así, mientras que en 2019 las 7 contenciones mecánicas que duraron más de 24 horas fueron ordenadas por personal de vigilancia penitenciaria, siendo, por tanto, contenciones de tipo regimental, en 2020 únicamente 2 de las 6 contenciones que duraron más de 24 horas fueron ordenadas por personal de vigilancia penitenciaria, y las otras 4 por personal sanitario. En 2021, la única contención mecánica con una duración mayor a las 24 horas fue de tipo regimental, y en 2022 se registraron solamente una contención regimental y otra sanitaria con duración mayor a las 24 horas.

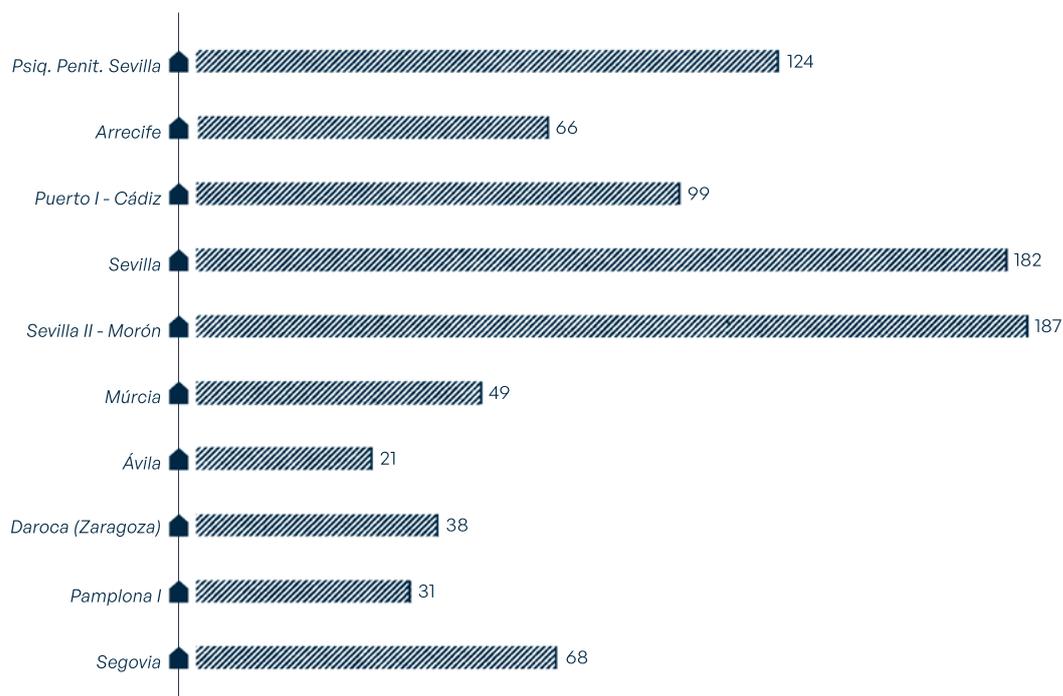
Si ampliamos el foco a aquellas contenciones mecánicas de duración superior a las 10 horas (incluyendo, por tanto, aquellas de más de 24 horas y aquellas de entre 10 y 24 horas), la mayoría de ellas fueron de tipo regimental, tal y como puede constatarse en el gráfico 7. La única excepción la constituye el año 2021, en el que se aplicaron 21 contenciones de tipo sanitario y 19 de tipo regimental.

Gráfico 7. Nº de contenciones mecánicas de más de 10 horas de duración en CP dependientes de la AGE, en función de si son sanitarias o regimentales



En el gráfico 8 puede verse el número de contenciones mecánicas aplicadas en cada uno de los 10 centros penitenciarios dependientes de la AGE en que más se aplicó la citada medida.

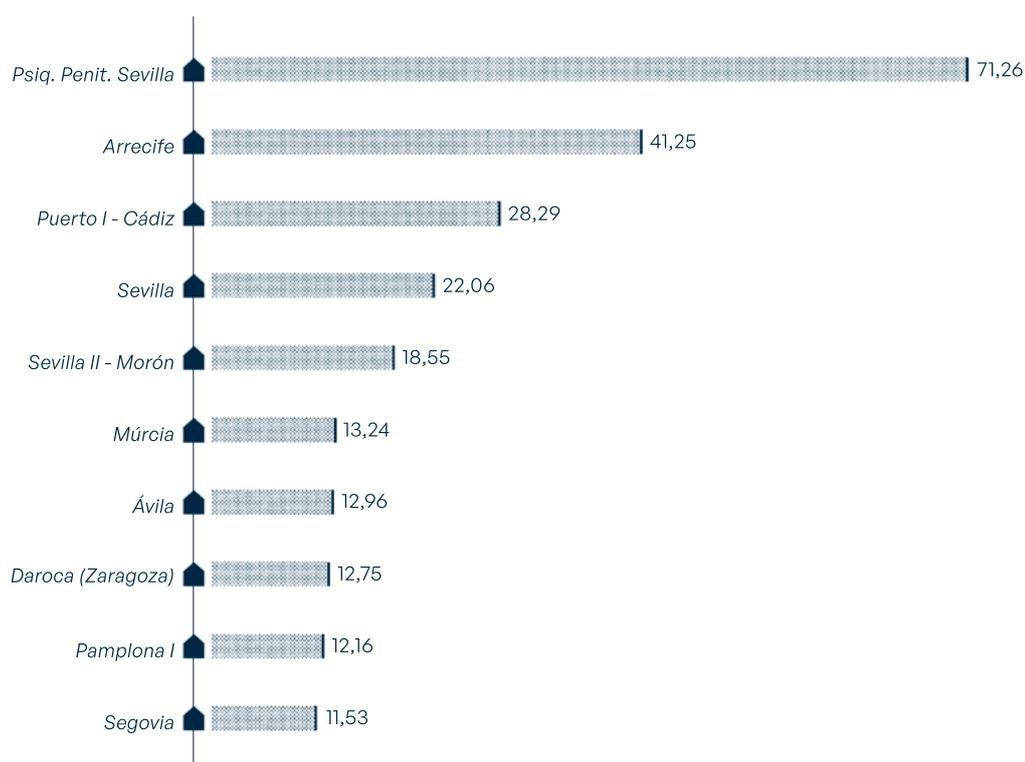
Gráfico 8. CP dependientes de la AGE que acumulan más contenciones mecánicas entre el año 2017 y el 2022



En cambio, en el gráfico anterior, (número 7) de los 10 centros en los que más contenciones mecánicas se han aplicado entre los años 2017 y 2022, 7 de ellos están localizados en Andalucía.

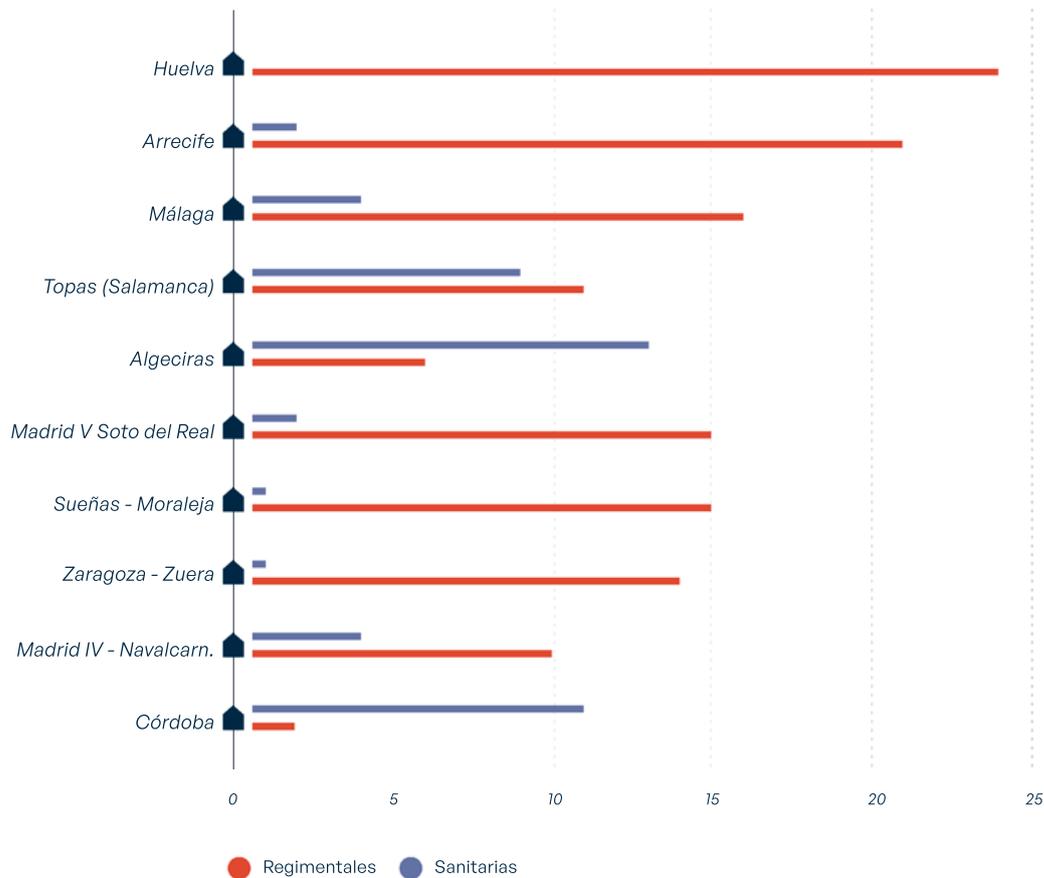
Como puede observarse en el gráfico 9, si analizamos los datos respecto al número de medidas de contención aplicadas en cada centro en relación con su población penitenciaria, nos encontramos con que el centro que más contenciones acumula es el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) de Sevilla, donde se aplicaron un total de 71,26 contenciones por cada 100 personas internadas. Cabe apuntar que, sin embargo, al menos desde 2019, año del que se cita el ordenante, sólo una de las 124 contenciones mecánicas aplicadas entre 2017 y 2022 en el HPP de Sevilla fue ordenada por personal de vigilancia, siendo las 123 restantes contenciones de tipo sanitario.

Gráfico 9. CP con mayor número de contenciones por cada 100 personas presas



Pese a los datos apuntados, cabe señalar que, en el último año analizado, el 2022, ha habido cambios respecto a los centros penitenciarios que acumulan un mayor número de contenciones. Atendiendo a los citados cambios, así como al hecho de que es respecto al año 2022 sobre el que se tiene una mayor información, se ha optado por analizar de forma diferenciada los datos de dicho año. En el gráfico número 10 puede verse el número de contenciones aplicadas durante el año 2022 en aquellos centros en que se aplicaron un mayor número de ellas, con los datos desglosados en función de si las contenciones fueron sanitarias o regimenterales.

Gráfico 10. Contenciones sanitarias y regimentales en los Centros que más contenciones acumulan



En los 10 centros en los que se han practicado más contenciones mecánicas en 2022, la mayoría de estas fueron regimentales; destacando, con diferencia, el CP Huelva y el CP Arrecife (Lanzarote).

02 CONTENCIONES MECÁNICAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE CATALUNYA

2.1 Introducción

El sistema penitenciario catalán cuenta actualmente con 14 centros penitenciarios: Brians 1, Brians 2, Dones de Barcelona, Joves, Obert 2 de Barcelona, Obert de Girona, Obert de Lleida, Obert de Tarragona, Lledoners, Mas d'Enric, Ponent, Puig de les Basses, Quatre Camins y el Pabellón Hospitalario Penitenciario de Terrassa (situado dentro del complejo del Hospital de Terrassa), y, hasta su cierre en junio de 2017, contaba también con el CP d'Homes de Barcelona.

La población penitenciaria en el tramo de tiempo estudiado ha variado entre las 8.612 personas presas contabilizadas de media en 2017, y las 7.773 de 2022¹²⁰.

A través de una solicitud de información en base a la Ley de Transparencia, el *Departament de Justícia* de Catalunya ha facilitado a este equipo de investigación datos en relación con el uso de contenciones mecánicas en centros

¹²⁰ Fuente: estadísticas publicadas por el *Departament de Justícia* http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/ (consultado el 30.10.23).

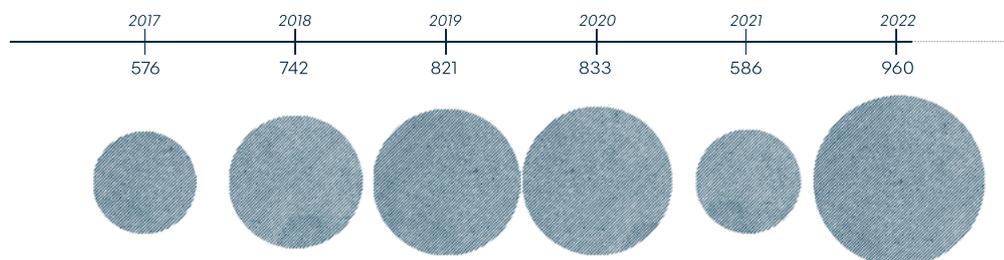
penitenciarios catalanes entre los años 2017 y 2022, ambos incluidos¹²¹. La información facilitada por el *Departament de Justícia* incluyen muchas más variables en comparación con los datos proporcionados por la SGIP. Entre ellas se encuentra:

1. La fecha en la que se ha aplicado cada una de las contenciones mecánicas;
2. El número identificativo de la persona presa, que nos permite comprobar la acumulación de esta medida sobre las mismas personas reclusas;
3. La fecha de nacimiento de la persona presa;
4. La fecha y hora de inicio y final de aplicación de la medida;
5. Su duración;
6. El delito por el que la persona presa a la que se han aplicado contenciones ha sido ingresada en prisión;
7. La clasificación penitenciaria de la persona (primer grado, segundo grado, tercer grado o pendiente de asignación de grado);
8. La situación penal de la persona (condenada, internada por orden judicial, condenada-preventiva, preventiva y sin asignar);
9. El centro penitenciario en el que se aplicó la contención;
10. El o la profesional que ordenó la medida (jefe/a de servicio, coordinador/a de la unidad especializada (CUE), director/a, médico/a o psiquiatra)¹²².

2.2 Número de contenciones aplicadas en base a la población penitenciaria total y al centro penitenciario

Entre los años 2017 y 2022, en los centros penitenciarios de Catalunya se aplicaron medidas de contención mecánica (regimentales o sanitarias) un total de 4.518 veces. En el gráfico 11 puede verse la evolución anual del número de contenciones aplicadas.

Gráfico 11. Contenciones mecánicas aplicadas por año en los centros penitenciarios catalanes

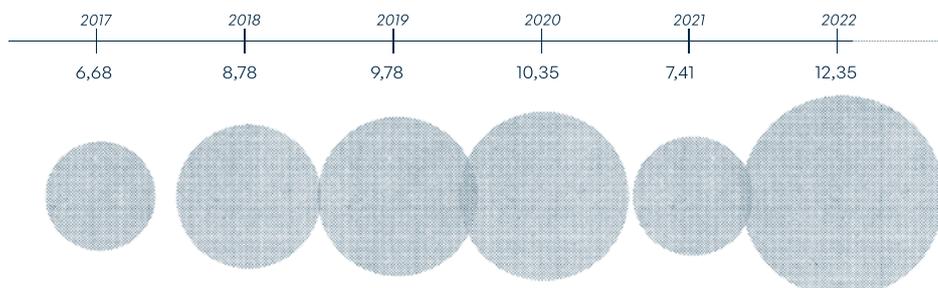


¹²¹ Cabe señalar que la misma petición de datos fue utilizada también en el marco del proyecto Alternativas a la contención mecánica y su regulación en diversos sistemas penitenciarios europeos. El uso de la contención mecánica y sus alternativas en los sistemas penitenciarios catalán, español, vasco, italiano, alemán y francés realizado por los/as investigadores/as de la asociación Observa y colaboradores/as en el cual se abarcó una temporalidad más amplia.

¹²² El motivo registrado para cada inmovilización y la ubicación en la que se ha aplicado la sujeción fueron facilitados en una anterior solicitud de información realizada por Ter García, la cual también integra este mismo equipo de trabajo. Véase García, 2022.

Como puede observarse en el gráfico, la tendencia respecto al uso de esta medida coercitiva, salvo en 2021, ha sido al alza: el número de contenciones aplicadas en 2022 es 1,67 veces mayor que el registrado 5 años antes. En 2021, año en que estuvo vigente la anterior Circular 2/2021, se produjo un descenso. En cambio, en 2022, año en que entró en vigor la Circular 1/2022, volvió a producirse un aumento.

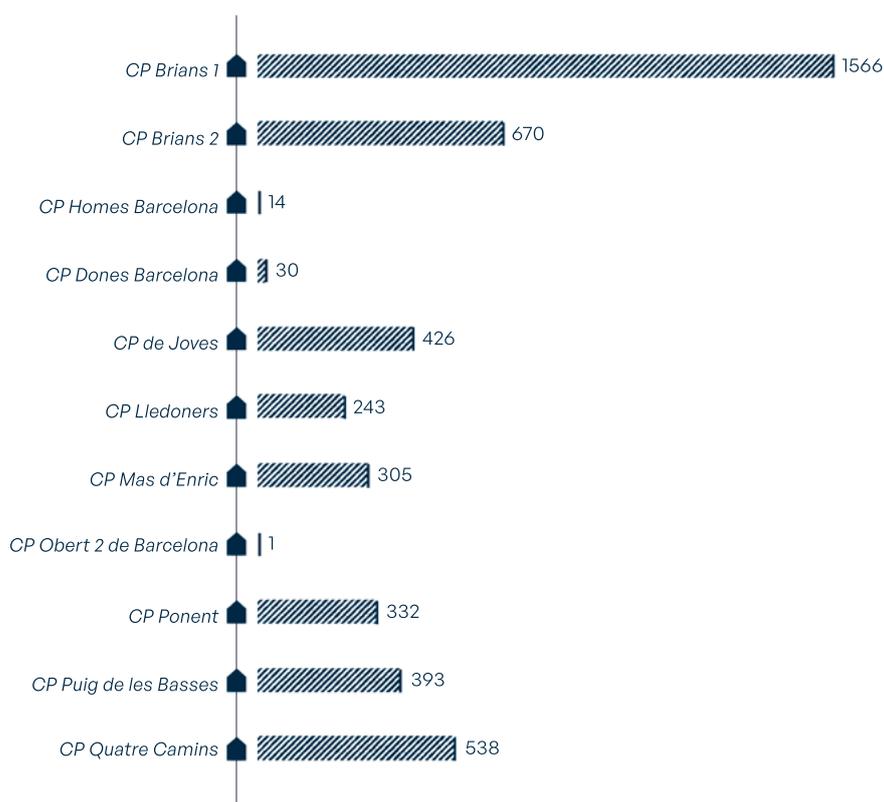
Gráfico 12. Nº de contenciones mecánicas aplicadas por cada cien personas presas



Como puede observarse en el gráfico 12, si en 2017 se aplicaron 6,68 contenciones mecánicas por cada 100 personas presas, en 2022 se aplicaron 12,35 por cada 100 personas, es decir, prácticamente el doble en proporción a la población penitenciaria en un período de 5 años.

Por otro lado, si analizamos los datos en función del centro penitenciario en que se aplicaron las contenciones, como puede verse en el gráfico 13, se confirma la existencia de una gran diferencia entre centros en lo que respecta al empleo que se hace de esta medida, en conformidad con el concepto anteriormente mencionado de archipiélago carcelario (Sbraccia & Vianello, 2016).

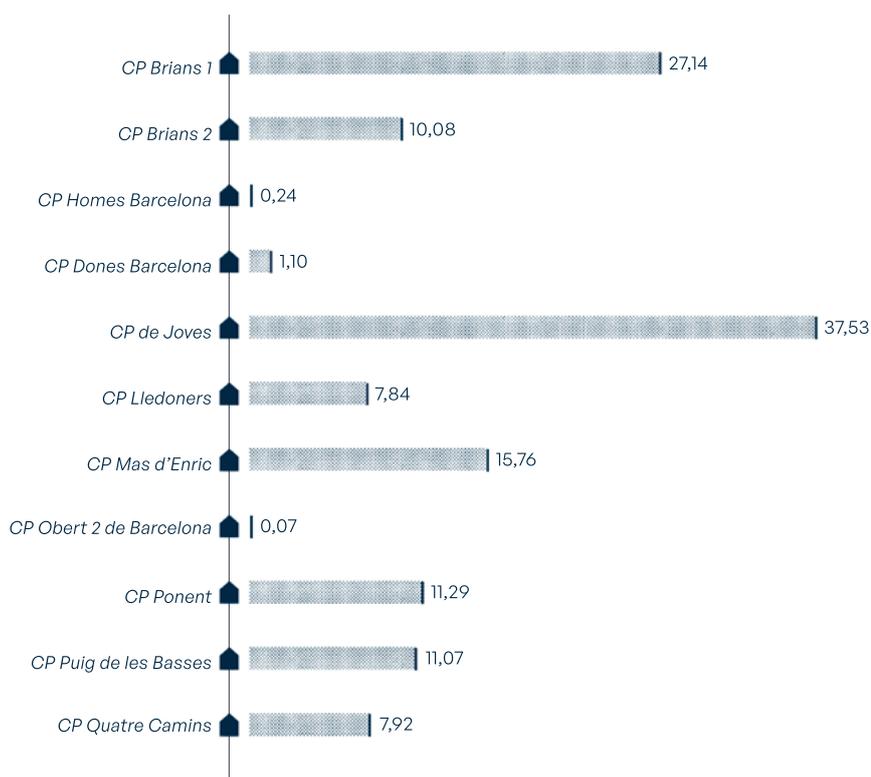
Gráfico 13. Número total de contenciones mecánicas aplicadas en cada centro penitenciario (2017 - 2022)



El CP de Brians 1 es el que acumula más aplicaciones de contenciones mecánicas en números: 1.566 (491 regimentales y 1.075 sanitarias). Se ha de tener en cuenta, sin embargo, que en el CP Brians 1 se encuentra ubicada la Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Penitenciaria (UHPP) de referencia para toda la población penitenciaria catalana¹²³. En el lado opuesto, en 3 de los 4 centros penitenciarios destinados a personas presas que disfrutaban del tercer grado (el CP Obert de Lleida, el CP Obert de Tarragona y el CP Obert 1 de Barcelona) no se ha practicado ninguna contención mecánica.

De cara a analizar si la diferencia tan marcada entre centros a la que se hacía alusión, se podría deber a las diferencias respecto a la población penitenciaria que en cada uno de ellos se encuentra internada, se ha querido calcular el número de contenciones mecánicas por cada 100 personas privadas de libertad aplicadas en cada uno de los centros. No obstante, los únicos datos publicados sobre población reclusa por centro penitenciario que se han encontrado son los elaborados por el sindicato Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (ACAIP) respecto al año 2020¹²⁴. Utilizando dichos datos como referencia, se ha calculado la media de uso de contenciones mecánicas cada año por cada 100 internos en cada uno de los centros, información que puede verse en el gráfico 14.

Gráfico 14. Media de contenciones por año por cada cien reclusos en cada centro penitenciario (2017 - 2022)



123 En lo que respecta a la aplicación de esta medida en el contexto del Pabellón Hospitalario Penitenciario de Terrassa (PHPT), los datos aportados relativos al período 2017-2022 no incluyen datos en relación a la aplicación de medidas de contención en dicho establecimiento. No obstante, sí se incluía información en relación con este ámbito en los datos aportados anteriormente por esta misma administración. Dichos datos incluían información relativa al período comprendido entre enero del 2021 y septiembre del 2022, entre ella, datos en relación con la ubicación en la que se llevaron a cabo las contenciones mecánicas. Así, podemos saber que, el PHPT aparece como la ubicación en el que se aplicaron durante dicho período 27 contenciones mecánicas - 24 sanitarias y 3 regimentales - ordenadas en 7 centros penitenciarios entre enero de 2021 y septiembre de 2022. Esta cifra, incluye únicamente las contenciones que se aplicaron en el PHPT, pero que fueron ordenadas en los centros penitenciarios en que la persona se encontraba cumpliendo condena, antes de su traslado al citado departamento, y no, aquellas medidas de contención que fueron ordenadas en el propio PHPT (García, 2022).

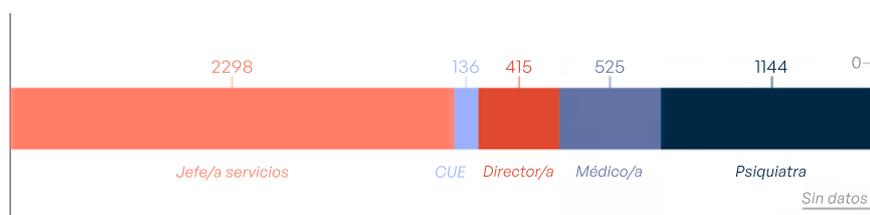
124 Véase <http://www.acaip.cat/centros-penitenciarios> (consultado el 30.10.2023).

Sin embargo, teniendo en cuenta la cifra de población de cada centro, destaca el CP Joves. Este centro, inaugurado en 2008 para alojar a presos jóvenes adultos, de entre 18 y 21 años, tiene capacidad para 388 jóvenes¹²⁵.

2.3 Contenciones mecánicas regimentales y contenciones mecánicas sanitarias o psiquiátricas

En las cárceles catalanas, el principal factor que determina si una contención mecánica debe considerarse una medida médica o una medida regimental, es el profesional que ordena su aplicación. Cuando la medida es ordenada por profesionales de vigilancia penitenciaria o por el director/a del centro, se le considera una medida regimental, y cuando ésta es ordenada por profesionales sanitarios (médico/a o psiquiatra), se considera una medida sanitaria/psiquiátrica.

Gráfico 15. Contenciones mecánicas aplicadas entre 2017 y 2022 según profesional ordenante



De las 4.518 contenciones mecánicas aplicadas entre 2017 y 2022, 2.298 fueron ordenadas por el jefe o jefa de servicio, otras 136 por el coordinador o coordinadora de la unidad especializada (CUE) y 415 por el director/a del centro penitenciario, cifra que suman un total de 2.849 contenciones mecánicas de tipo regimental. A ellas se suman otras 525 contenciones mecánicas ordenadas por personal médico y otras 1.144 contenciones mecánicas ordenadas por psiquiatras, un total de 1.669 contenciones mecánicas de tipo sanitario.

En el gráfico 16 puede verse la evolución anual respecto al número de contenciones de tipo regimental y sanitario.

Gráfico 16. Evolución anual del empleo de contenciones mecánicas de tipo regimental y sanitario

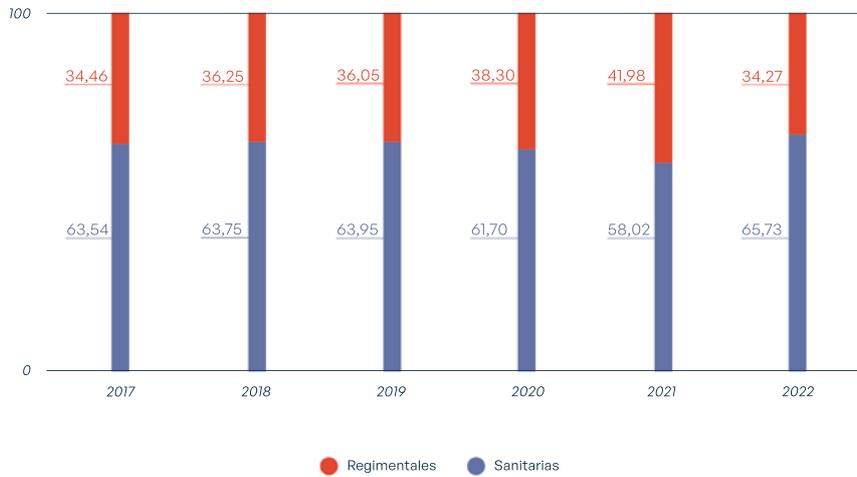


A lo largo de los 5 años analizados, mientras la población reclusa de las cárceles catalanas ha decrecido, el número de contenciones mecánicas aplicadas ha aumentado, en particular las regimentales, que han pasado, en números totales, de 366 en 2017 a 631 en 2022, lo que representa un incremento del 72,4%. En lo que respecta a las contenciones de tipo sanitario, han pasado de las 210 en 2017 a las 329 de 2022, lo que comporta un incremento del 56,6% en estos cinco años.

¹²⁵ Véase https://justicia.gencat.cat/ca/departament/infraestructures/centres_penitenciaris/cp_joves/ (consultado el 30.10.23).

Desde 2017, cuando las contenciones regimentales suponían el 63,54% del total, la proporción de contenciones regimentales sobre el total ha aumentado hasta 65,73% en el año 2022, mientras que las contenciones de tipo psiquiátrico han disminuido al 34,27% (gráfico 17).

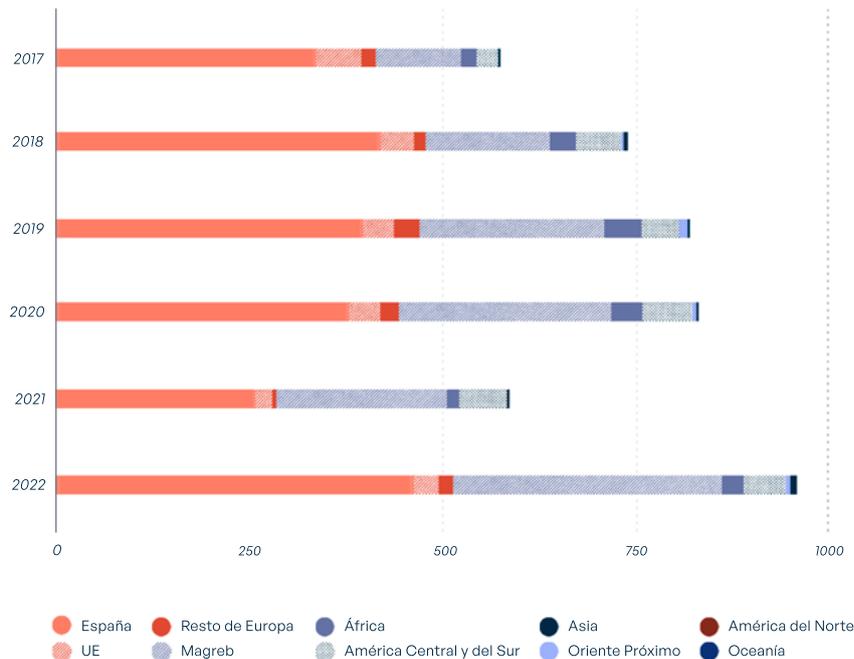
Gráfico 17. Evolución anual del porcentaje de contenciones mecánicas sanitarias y regimentales respecto al total



2.4 Nacionalidad, género, edad y situación penal de la persona presa a la que se aplican contenciones mecánicas

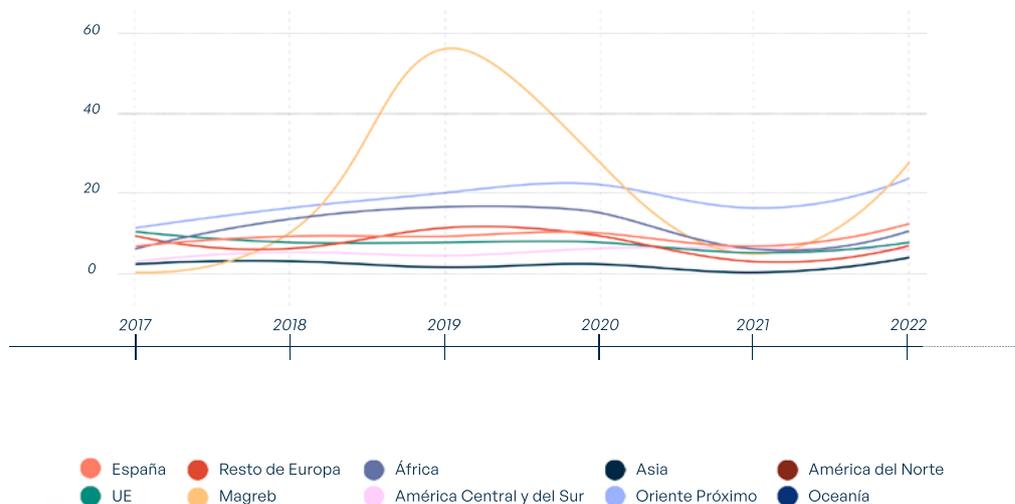
En el gráfico 18 puede verse el número total de contenciones aplicadas entre los años 2017 y 2022 en función de la nacionalidad de la persona presa. En números totales, de las 4.518 ocasiones en las que se aplicaron contenciones mecánicas en las cárceles catalanas, 4.102 fueron a presos y presas de nacionalidad española. Le siguen Marruecos y, a mucha distancia, Rumanía, como nacionalidades más habituales de las personas reclusas a las que se les aplican las contenciones mecánicas.

Gráfico 18. Evolución de las contenciones mecánicas, según nacionalidad de la persona



Los datos de estos últimos dos gráficos arrojan información de escasa relevancia si no son analizados en relación con el porcentaje de población privada de libertad de cada nacionalidad. En el gráfico 19 puede verse la evolución respecto al número de contenciones mecánicas aplicadas a personas de cada nacionalidad por cada 100 personas presas de dicha nacionalidad¹²⁶.

Gráfico 19. Contenciones mecánicas anuales por cada cien personas presas de cada nacionalidad



En el año 2019, por cada 100 presos originarios de Oriente Próximo, se aplicaron contenciones mecánicas en 56,25 ocasiones. Sobre este dato cabe puntualizar que en 2019 las cárceles catalanas alojaron a 16 personas con origen en este ámbito geográfico, practicándose 9 contenciones mecánicas a las mismas. Respecto a los datos sobre la población reclusa de origen magrebí - la segunda más habitual en las cárceles catalanas, seguida muy de cerca por la centroamericana y sudamericana - ésta se situó en 1.041 personas en 2017, aumentando a las 1.397 en 2022. Sin embargo, el número de contenciones mecánicas aplicadas a presos/as de origen magrebí, contabilizadas por cada 100 presos/as de este origen, ha tenido una tendencia al alza desde 2017, cuando se aplicaron 10,66 contenciones mecánicas por cada 100 presos de origen magrebí, hasta el año 2020, cuando se aplicaron 21,91 contenciones mecánicas por cada 100 presos de este mismo origen. En 2021 descendió levemente a las 15,89 contenciones mecánicas por cada 100 presos de origen magrebí, para volver a subir hasta las 23,55 en 2022.

¹²⁶ Véase estadísticas publicadas por el *Departament de Justícia* <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15859&lang=es> (consultado el 30.10.23).

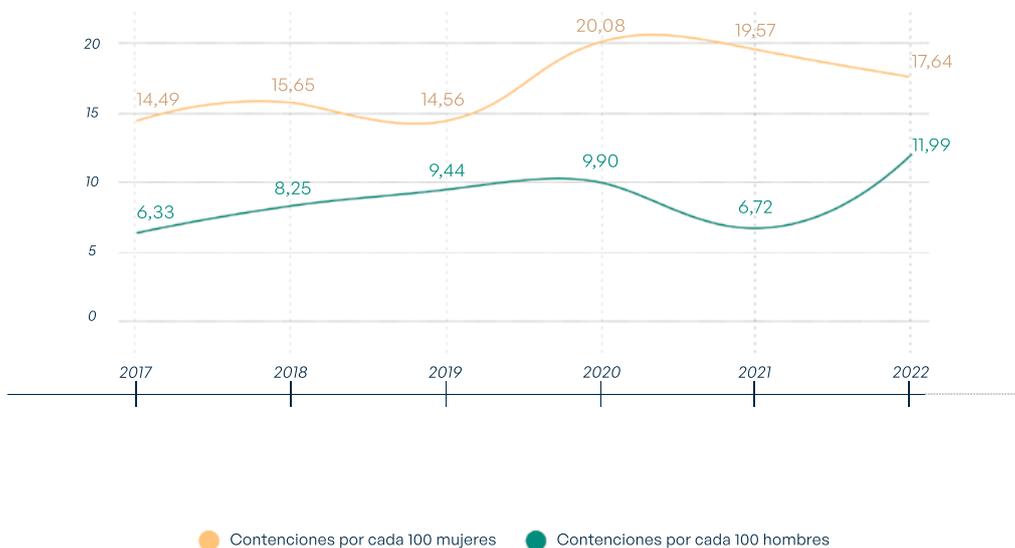
En el gráfico 20 puede verse la evolución anual de contenciones aplicadas en función del género de la persona¹²⁷.

Gráfico 20. Evolución del número de contenciones mecánicas en función del género de la persona



En cambio, en el gráfico 21 puede verse el número de contenciones aplicadas por cada 100 hombres y por cada 100 mujeres presas año tras año.

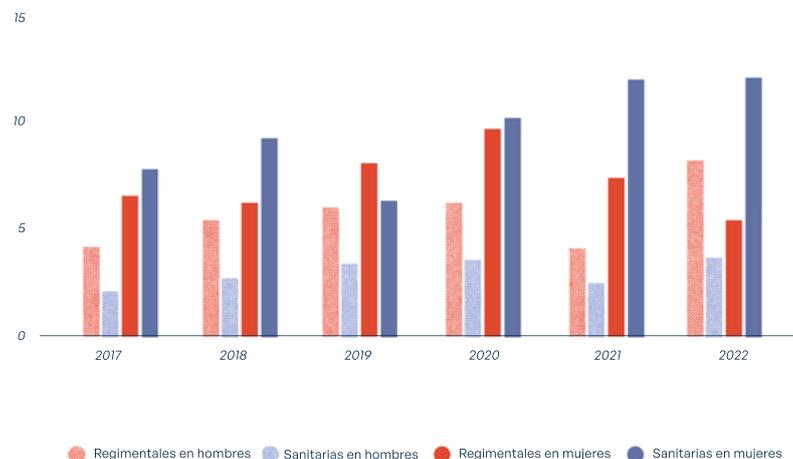
Gráfico 21. Contenciones mecánicas aplicadas cada año por cada 100 mujeres y hombres presos



¹²⁷ Cabe señalar que la población reclusa femenina en Catalunya representa entre el 6-7% del total.

El uso de contenciones mecánicas sobre mujeres presas en proporción a la población femenina en las cárceles catalanas es mucho mayor que el uso sobre hombres presos. En 2017, la proporción de uso por población femenina en las cárceles duplicó a la proporción de uso por población masculina. En 2022, frente a las 11,99 contenciones mecánicas aplicadas por cada 100 hombres reclusos, se aplicaron 17,64 por cada 100 mujeres reclusas.

Gráfico 22. Contenciones mecánicas por cada cien presas y presos según si son regimentales o sanitarias



Mientras en el caso de los hombres la proporción de contenciones regimentales frente a las psiquiátricas ha aumentado en los 5 años estudiados, en el caso de las mujeres se ha invertido esta proporción, siendo en los 2 últimos años la mayoría de las contenciones aplicadas a mujeres de tipo sanitario (gráfico 22).

Como se ha apuntado anteriormente al comentar la situación del CP de Joves de Barcelona, el cual es el segundo que acumula un mayor número de contenciones por cada 100 presos, la edad es una de las variables cuyo impacto resulta relevante estudiar. Las personas que más contenciones han sufrido en números totales son aquellas de entre 31 y 60 años, seguidas del grupo de edad de 21 a 30 años. Estos datos están marcados por ser la franja de 31 a 60 años en la que se encuentra la mayoría de la población penitenciaria. No obstante, éstos varían significativamente si se tiene en cuenta el porcentaje de población penitenciaria por rango de edad.

En el gráfico 23 puede verse la evolución respecto al número de contenciones aplicadas, en función del rango de edad de la persona inmovilizada, por cada 100 personas presas del mismo rango de edad.

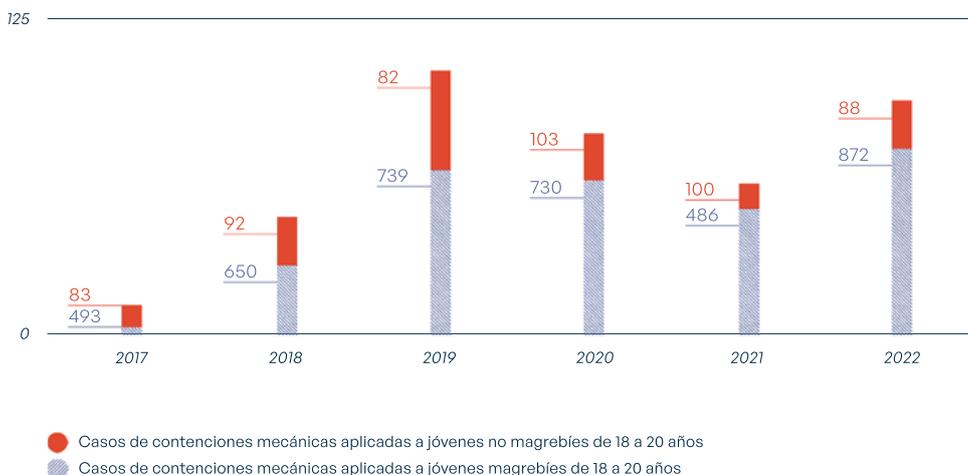
Gráfico 23. Contenciones mecánicas aplicadas cada año por cada cien personas de cada tramo de edad



Si tenemos en cuenta el porcentaje de población penitenciaria de cada rango de edad¹²⁸, podremos observar cómo, desde 2018, son las personas más jóvenes a las que se les aplica en más ocasiones medidas de contención mecánica. En el último año analizado (2022) fueron 48,45 contenciones mecánicas por cada 100 presos de entre 18 y 20 años, una cifra algo menor de la de 2019, pero bastante mayor que en los 2 años anteriores (2017 y 2018), cuando se aplicaron 37,21 y 27,4 contenciones mecánicas por cada cien reclusos de esta franja de edad, respectivamente.

En cuanto al número de casos en los que se han aplicado contenciones mecánicas a jóvenes de entre 18 y 20 años de edad, se ha detectado un aumento; de los 12 que se contaron en 2017, a los 94 de 2022, concentrados, además, en jóvenes de origen magrebí.

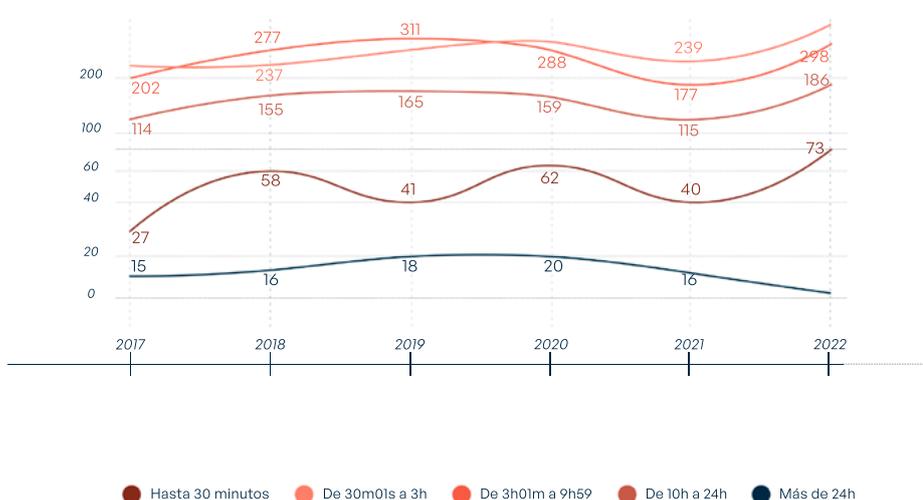
Gráfico 24. Evolución de las contenciones mecánicas aplicadas a jóvenes de 18 a 20 años en función de si son magrebíes o no



2.5 La duración de las contenciones mecánicas y el número de contenciones acumuladas por persona presa

El tramo de tiempo de duración de contenciones mecánicas más habitual va de los 30 minutos y un segundo a las 3 horas, con un total de 1.670 contenciones mecánicas en los 5 años analizados. Le sigue, muy de cerca, el tramo que va desde las 3 horas y un segundo a las 10 horas, con un total de 1.553 contenciones mecánicas aplicadas (gráfico 25).

Gráfico 25. Contenciones mecánicas totales en función de su duración



¹²⁸ Véase estadísticas publicadas por el *Departament de Justícia* http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/5_pob.html (consultado el 30.10.23).

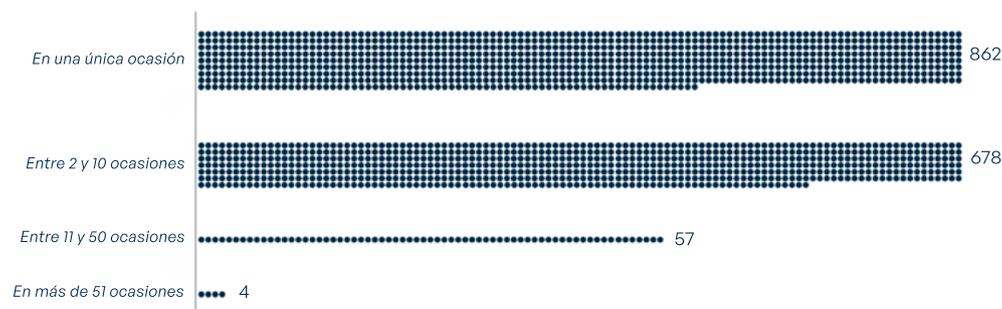
Gráfico 26. Porcentaje de cada tramo de duración sobre el total anual de contenciones mecánicas



El número total de contenciones mecánicas con una duración mayor a las 24 horas alcanzó en 2022 uno de los puntos más álgidos de todo el periodo estudiado, con 73 contenciones mecánicas (gráfico 21); si tenemos en cuenta el total de contenciones realizadas cada año, la proporción de estas contenciones de mayor duración representa el 4,69% del total en 2017, pasando al 7,71% del total en 2022.

Tal y como se explicó en el apartado 2.1, entre los datos facilitados por el *Departament de Justícia* figura un código por preso que nos permite identificar el número de contenciones mecánicas a las que ha sido sometido cada uno/a en el periodo estudiado. De estos datos se deduce que, entre los años 2017 y 2022, se han aplicado contenciones mecánicas a un total de 1.601 personas presas en las cárceles catalanas. A poco más de la mitad de ellos/as (862) le han aplicado contenciones mecánicas en una sola ocasión (gráfico 27).

Gráfico 27. Personas presas sometidas a medidas de contención en función del número de contenciones mecánicas sufridas (2012 - 2022)



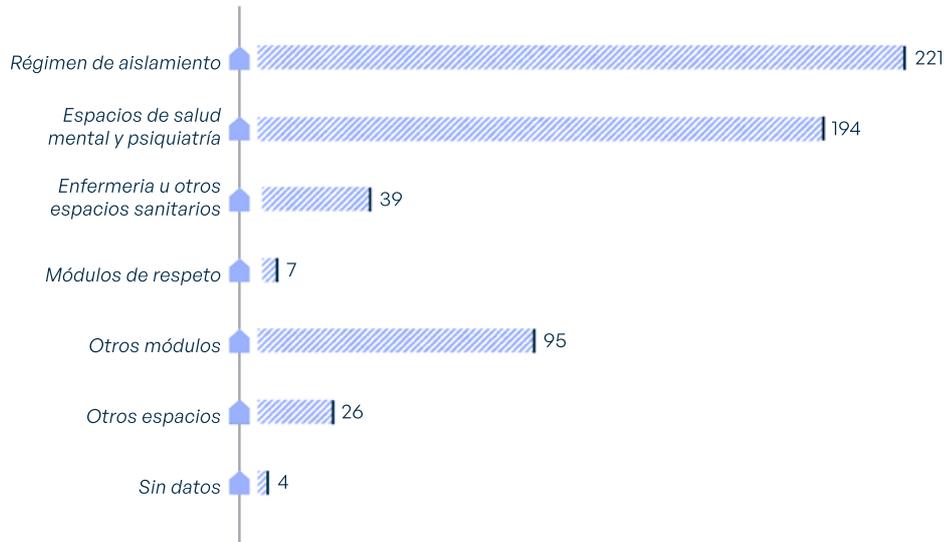
La persona presa con más contenciones acumuladas entre 2017 y 2022 es una mujer, española, nacida en 1996, condenada por quebrantamiento de condena y a la que, en los 5 años estudiados, se le han aplicado contenciones mecánicas en 88 ocasiones. Todas las contenciones a las que fue sometida tuvieron lugar en el CP Brians 1 y por orden de un psiquiatra. La primera tuvo lugar

el 8 de agosto de 2018, teniendo ella 22 años, y duró 10 horas y 20 minutos. La contención mecánica de mayor duración que sufrió la mujer fue de 28 horas y 45 minutos, en julio de 2020. Sumando la duración de todas las contenciones mecánicas a las que fue sometida, entre los años 2017 y 2022, la mujer estuvo inmovilizada un total de 40 días y 4 horas.

2.6 Ubicación y motivos de las contenciones (datos únicamente relativos al año 2021)

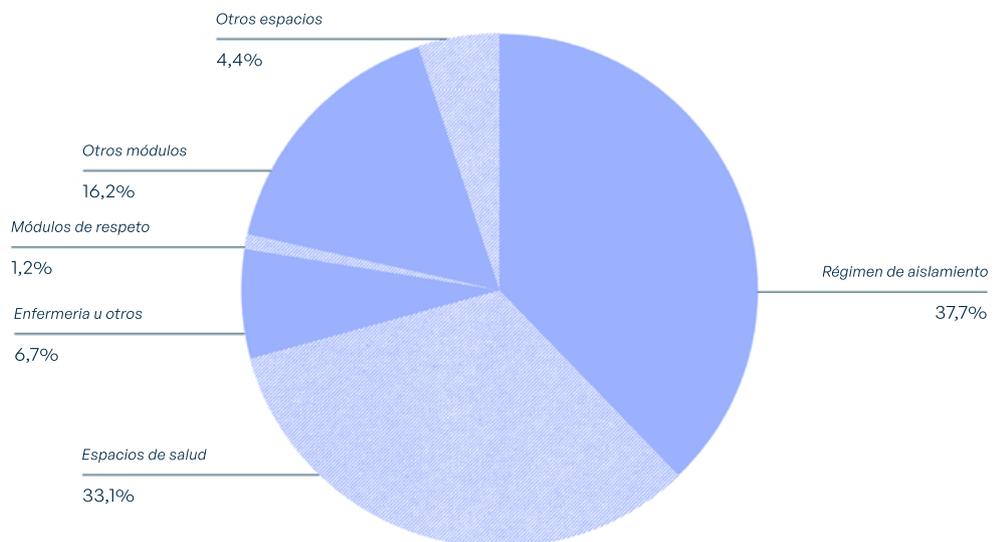
En cuanto al espacio penitenciario donde se realizan las contenciones, los datos de los que disponemos son relativos únicamente al año 2021. Un total de 221 contenciones mecánicas, que suponen el 37,7% de todas las aplicadas en 2021, se aplicaron a presos ubicados en el departamento de aislamiento (DERT).

Gráfico 28. Contenciones mecánicas aplicadas en las cárceles catalanas en 2021 por ubicación



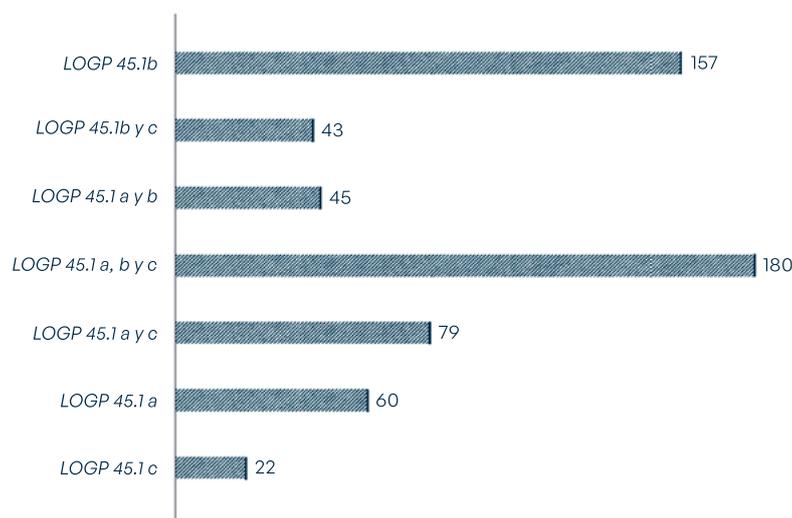
Los espacios de salud mental fueron la segunda ubicación en la que se aplicaron más contenciones mecánicas ese año, ascendiendo a 194, un 33,1% del total. A este dato hay que sumarle las 39 contenciones (6,7% del total de 2021), que se aplicaron en los módulos de enfermería.

Gráfico 29. Porcentaje de contenciones mecánicas sobre el total de 2021 según ubicación



Sobre el motivo de aplicación de contenciones mecánicas disponemos únicamente de los datos respecto al año 2021, debido a una solicitud de información realizada anteriormente (García, 2022). De estos datos se desprende que, en 180 casos de contenciones mecánicas, el motivo aducido por el profesional que ordenó la medida fue “impedir actos de evasión o de violencia de los internos” (art. 45.1 a LOGP), junto a “evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas” (art. 45.1 b LOGP) y “para vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo (art. 45.1 c LOGP).

Gráfico 30. Contenciones mecánicas aplicadas en 2021 según motivo



En otras 157 ocasiones, el motivo aducido fue solamente “evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas” (art. 45.1 b LOGP); en otras 79 ocasiones fue “impedir actos de evasión o de violencia de los internos” (art. 45.1 a LOGP) y “vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo (art. 45.1 c LOGP). En otros 60 casos, “impedir actos de evasión o de violencia de los internos (art. 45.1 a LOGP). En 45 ocasiones, el motivo fue “impedir actos de evasión o de violencia de los internos” (art. 45.1 a LOGP) y también “evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas (art. 45.1 b LOGP). En 43 casos más, “evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas” (art. 45.1 b LOGP) y “vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo (art. 45.1 c LOGP).

Por último, en los 22 casos restantes, el único motivo aducido para aplicar contenciones mecánicas fue “vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo” (art. 45.1 c LOGP)¹²⁹.

03 CONTENCIONES MECÁNICAS EN LAS CÁRCELES DEPENDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA VASCA

Las primeras estadísticas sobre población reclusa publicadas por el gobierno vasco fueron en enero del 2023, cuando se informaba de que la población reclusa en estas tres cárceles sumaba 1.616 personas, la mayor parte de ellas (891) localizadas en Araba.

A través de una petición en base a la Ley de transparencia, la administración vasca ha ofrecido datos de uso de contenciones en sus centros penitencia-

¹²⁹ En uno de estos últimos casos, que tuvo lugar en Brians 2 en febrero de 2021 por orden del jefe de servicio, las contenciones mecánicas tuvieron una duración de 10 horas y 20 minutos.

rios¹³⁰. Los datos aportados incluyen: el centro penitenciario en el que se ha empleado la medida en cada ocasión, la fecha, el motivo de su aplicación, la hora de inicio y finalización de la medida y la duración total de la medida.

Pese a que se considere que es prácticamente imposible hacer un estudio cuantitativo que permita comprender las tendencias del sistema penitenciario vasco debido a la brevedad del periodo analizado, hemos considerado igualmente relevante proponer algún dato.

Desde que la Comunidad Autónoma Vasca asumió las competencias sobre centros penitenciarios (octubre 2021) hasta diciembre del año 2022, se han utilizado medidas de contención de larga duración (mediante correas homologadas) en personas presas únicamente en 7 ocasiones; una tuvo lugar en 2021, y el resto en 2022. Tomando como referencia la población en las cárceles vascas de enero de 2023, durante los 15 meses analizados se habría aplicado 0,4 contenciones mecánicas por cada 100 personas presas.

En cuanto al uso diferencial que se ha realizado de la medida en los diversos centros penitenciarios vascos, en todos los casos la medida se habría aplicado en los centros penitenciarios de Araba y Gipuzkoa, sin que se registre ninguna situación en que se hizo uso de esta medida el centro penitenciario de Bizkaia.

En cuanto al tiempo de duración de la medida, nos encontramos con que las contenciones aplicadas durante el año 2021 fueron las de mayor duración (20 horas), pero que durante el año 2022 el tiempo de duración de la medida fue descendiendo de forma paulatina. En las últimas 5 ocasiones en las que se han utilizado correas de sujeción, la medida ha tenido una duración de entre 2 horas y 50 minutos, y 5 horas y 45 minutos.

En relación con los motivos alegados por la administración vasca para el uso de contenciones mecánicas, éstos han sido únicamente dos: evitar daños de las personas presas a sí mismas (en 5 ocasiones) y para evitar daños a las instalaciones o cosas (en 2 ocasiones). A dicho propósito destaca que, a diferencia de las otras dos administraciones del Estado español, la administración penitenciaria vasca no haga uso de esta medida ante las situaciones en que las personas presas agreden a otras personas presas o a los profesionales.

Se ha de señalar, sin embargo, que los datos aportados por esta Administración respecto al empleo de medidas de contención con esposas (medidas de contención de corta duración), permiten inferir que este tipo de situaciones de agresividad por parte de las personas presas son abordadas por parte de la administración vasca a través de medidas de contención con esposas. Además, es importante tener a presente que en ninguna cárcel vasca se encuentran ubicadas personas presas clasificadas en primer grado, no existiendo, hasta el momento, los departamentos o módulos de aislamiento.

En las 18 ocasiones en las que se emplearon esposas como contenciones de corta duración, el motivo alegado para el uso de estas fue “impedir actos de violencia hacia terceros”. En lo que respecta a la duración de la medida, en el 44% de las ocasiones (concretamente en 8 de ellas), la aplicación de esposas como medio de contención ha durado uno, dos o cinco minutos. En el 50% de ocasiones (9) la medida ha durado entre 10 y 30 minutos, y en una de ellas la medida se prolongó durante 50 minutos. Cabe destacar en este sentido que ha

130 Cabe señalar que la misma petición de datos fue utilizada también en el marco del proyecto Alternativas a la contención mecánica y su regulación en diversos sistemas penitenciarios europeos. El uso de la contención mecánica y sus alternativas en los sistemas penitenciarios catalán, español, vasco, italiano, alemán y francés realizado por los/as investigadores/as de la asociación Observa y colaboradores/as.

sido en el CP de Álava donde se ha empleado la citada medida durante mayores períodos de tiempo, lo que, según explican desde la administración, se debe al mayor tamaño de dicho centro - que comporta que los desplazamientos por el mismo sean más largos - así como al hecho de que este centro disponga de un tipo de celda de seguridad conocida como “celda americana”. Según explican desde la administración penitenciaria vasca, en dichas celdas se puede mantener bajo sujeción con esposas a las personas presas hasta que sea posible llevar a cabo la desescalada, evitando de este modo que sea necesario hacer uso de medidas de contención mecánica con correas homologadas.

04 LAS TENDENCIAS DE LOS PRIMEROS NUEVE MESES DE 2023

Desde este equipo investigador hemos solicitado datos, poco antes de finalizar este informe, sobre el uso de contenciones mecánicas desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2023, con el objetivo de dibujar la tendencia en cuanto a la adopción de este medio coercitivo en la actualidad en los tres sistemas penitenciarios que coexisten en el Estado español.

4.1 País Vasco

Por lo que concierne la situación en el País Vasco, en dos de las tres prisiones gestionadas por este gobierno, según la información facilitada, se han realizado 14 contenciones mecánicas, lo que supone 1,18 contenciones mecánicas por cada cien presos. La de mayor duración, de 24 horas, aplicada en el centro penitenciario de Araba, fue realizada a una persona de 25 años con el objetivo de “evitar daños del interno a sí mismo o a las cosas”.

De hecho, en todos los casos, esta fue precisamente la razón que ha motivado la inmovilización. Sin embargo, cabe señalar que la información facilitada no permite aclarar si la sujeción fue ordenada por personal médico por motivos psiquiátricos, o si se trata de una contención regimental.

		CONSULTA CIUDADANA 03/2023					
		VECES	DURACIÓN DE LA MEDIDA	DEPENDENCIA	EDAD	GÉNERO	MOTIVO
C.P. ARABA	Contención mecánica de larga duración - Correas homologadas	6	4 h 37' - 3 h 45' - 2h - 24h - 2h 44' - 10'	Celda de sujeción Mecánica	28 - 21 - 25 - 25 - 25 - 44	Hombre	Evitar daños del interno a sí mismo o a las cosas
	Contención mecánica de corta duración - Esposas	33	Minutos: 10 - 5 - 5 - 5 - 10 - 5 - 5 - 30 - 15 - 10 - 15 - 60 - 10 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 30 - 30 - 15 - 15 - 10 - 15 - 11 - 11 - 11 - 11 - 5	Donde se inicia el incidente, celda, comedor, distintas dependencias comunes.	45 - 21 - 19 - 37 - 25 - 28 - 36 - 33 - 33 - 48 - 21 - 21 - 46 - 33 - 25 - 27 - 58 - 36 - 28 - 34 - 38 - 35 - 22 - 31 - 25 - 26 - 32 - 32 - 39 - 25 - 24 - 29 - 44	Hombre	Resistencia activa del interno a las órdenes del personal penitenciario, y para impedir actos de violencia de los internos
C.P. GUIPUZKOA	Contención mecánica de larga duración - Correas homologadas	8	4h 20' - 3h - 15h - 2h 20' - 17h 15' - 2h 47' - 1h 5' - 2h 20'	Celda de sujeción Mecánica	48 - 26 - 42 - 42 - 42 - 27 - 36 - 36	Hombre	Evitar daños del interno a sí mismo o a las cosas
	Contención mecánica de corta duración - Esposas	6	Minutos: 20 - 5 - 5 - 5 - 35 - 2	Donde se inicia el incidente, celda, comedor, distintas dependencias comunes.	39 - 39 - 42 - 41 - 41 - 27	Hombre	Resistencia activa del interno a las órdenes del personal penitenciario, y para impedir actos de violencia de los internos

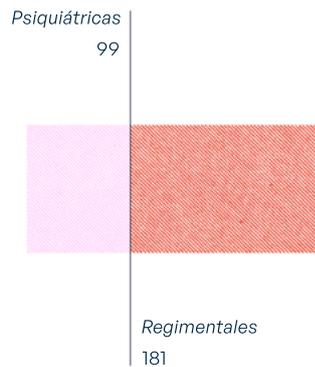
El Gobierno vasco ha facilitado información sobre uso de contenciones de corta duración, con grilletes. También con esta medida se ve un aumento en su uso, hasta 39 veces, frente a las 14 que se contaron en todo 2022. Sin embargo, cabe tener en cuenta el aumento de la población penitenciaria en el País Vasco, como consecuencia de la adquisición de competencias por parte del gobierno vasco en materia penitenciaria.

4.2 SGIP

La información ofrecida por la SGIP sobre el uso de contenciones mecánicas en las prisiones bajo su competencia en los primeros 9 meses de 2023 muestran que se paraliza la tendencia a la baja en el uso de esta medida, que comenzó en el año 2015 y se agudizó a partir de 2018. Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2023 se han aplicado contenciones mecánicas en 280 ocasiones, lo que supone una media de 31,2 contenciones mecánicas al mes. Este dato, extrapolado a los doce meses de año, supondría (si se mantiene la tendencia) 373 contenciones, es decir, 2 más que las realizadas en 2022. 99 de estas contenciones habrían sido de tipo médico, frente a 181 regimentales, confirmando la tendencia de 2022.

Gráfico 31. Contenciones mecánicas regimentales y psiquiátricas en las prisiones de la AGE.

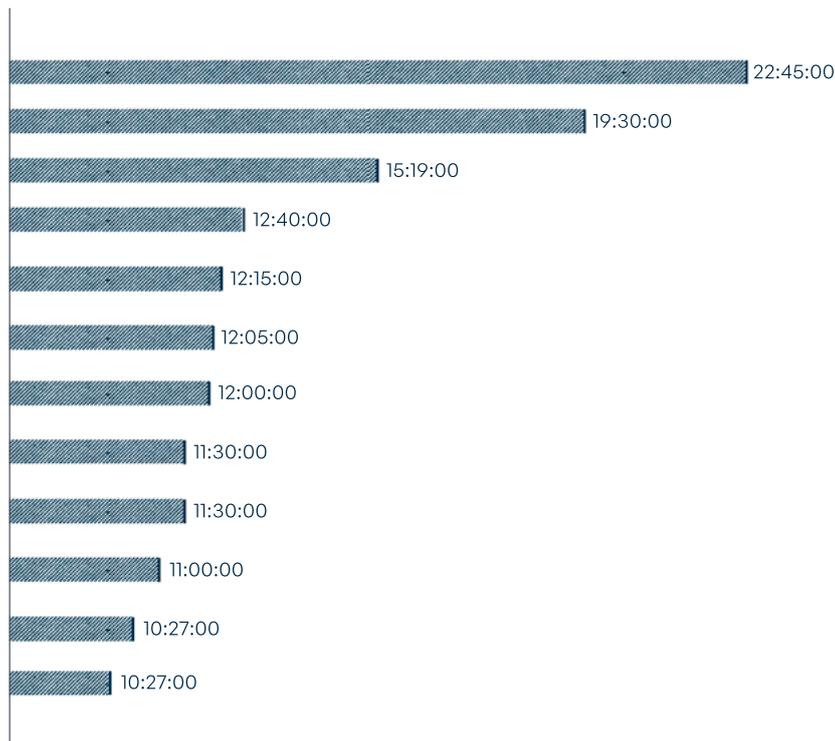
Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2023



En cuanto a su duración, sí se muestra una mejora. Mientras en 2022 el 0,54% de las contenciones tuvieron una duración que superó las 24 horas - y la de mayor duración llegó a las 38 horas - en estos nueve meses de 2023 no se ha contado ninguna contención mecánica que sobrepase el día de duración, durando la más larga 23 horas. Sin embargo, a pesar de que las contenciones mecánicas con mayor duración son generalmente de tipo médico, preocupa que se cuentan hasta doce casos en los que las contenciones mecánicas regimentales han sobrepasado las 10 horas.

Gráfico 32. Contenciones mecánicas con correas de tipo regimental con duración igual o superior a las 10 horas.

Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2023

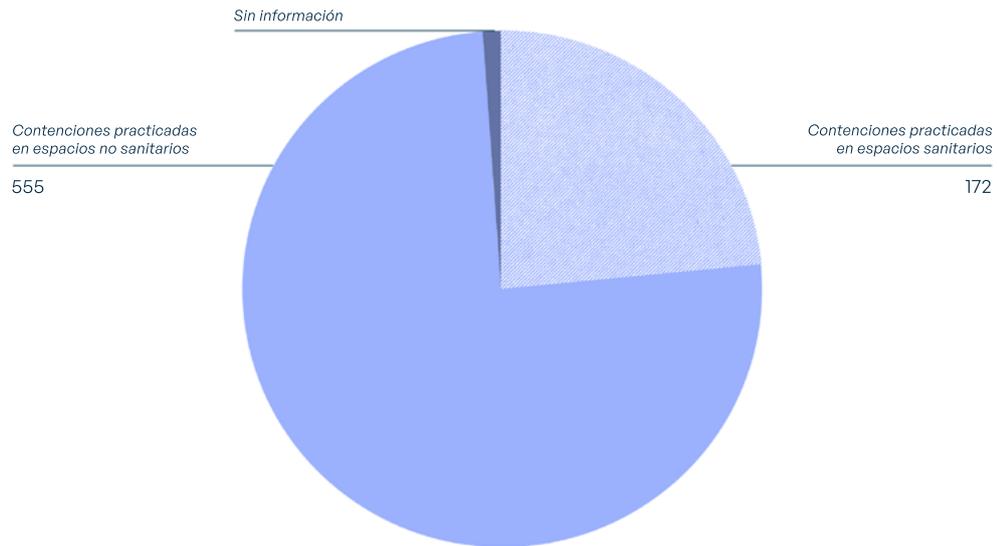


4.3 SMPRAV

Según los datos facilitados por la SMPRAV, entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2023 se realizaron un total de 734 contenciones mecánicas consistentes en correas de sujeción a una cama. Ello supone una media de 81,5 contenciones mecánicas mensuales, lo que, extrapolado a todo el año, supondría 979 contenciones mecánicas en todo 2023 (en el caso de que se mantenga la misma tendencia), 19 más que en 2022.

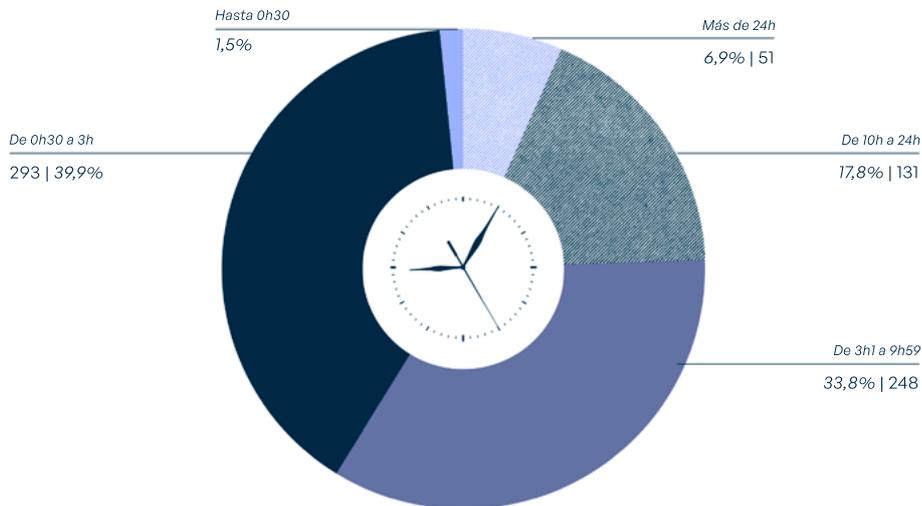
Aunque la SMPRAV no ofrece datos sobre el/la profesional ordenante de cada contención, sí dispone de datos sobre el tipo de lugar en el cual fue aplicada la inmovilización, lo que sugiere el tipo de contención. Contemplando como contenciones psiquiátricas aquellas llevadas a cabo en los pabellones de salud mental, psiquiátricos y en la UHPP del CP Brians 1, podemos asumir que, de las 746 contenciones practicadas, tan solo 172 fueron de tipo psiquiátrico, frente a las 555 que fueron de tipo regimental. En siete casos no hay información disponible que permita saber qué tipo de contención mecánica fue. Por tanto, al menos el 75,6% de las contenciones practicadas en lo que llevamos de 2023 fueron de tipo regimental, frente al 65,7% de 2022. De éstas, al menos 366 tuvieron lugar en DERT.

Gráfico 33. Contenciones mecánicas consistentes en correas según la dependencia. Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre



En cuanto a la duración, los datos facilitados muestran que hasta en 51 ocasiones la persona presa estuvo atada con correas por un tiempo superior a las 24 horas. Esta cifra supone que, de las 734 contenciones mecánicas aplicadas, el 6,9% fue por un tiempo superior al día.

Gráfico 34. Contenciones mecánicas según su duración. Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre

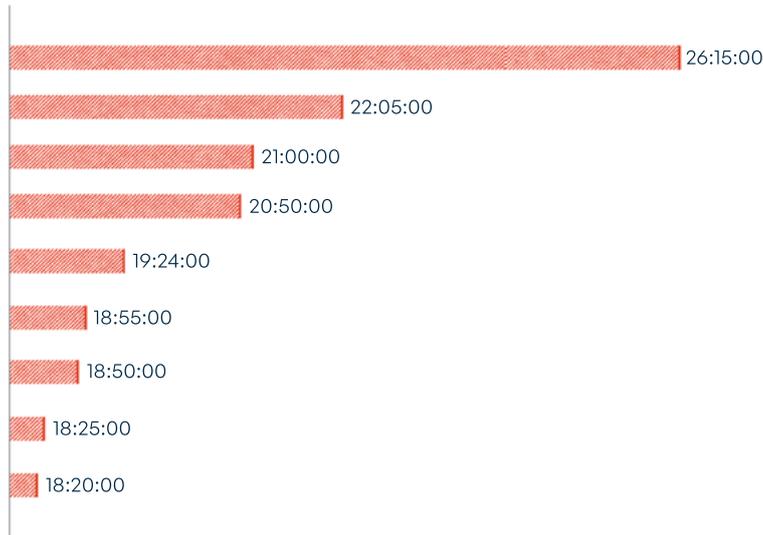


Si profundizamos en las contenciones mecánicas que han tenido una duración superior a las 24 horas, observamos que prácticamente todas tuvieron lugar en dependencias psiquiátricas, por lo que se pueden considerar de carácter psiquiátrico. Algunas, incluso, tienen una duración extremadamente larga, de hasta 56 días concretamente, desde el 25 de abril hasta el 21 de junio, en el Pabellón Hospitalario de Terrassa. Solamente una fue en una dependencia no médica - en concreto en el DERT del CP Quatre Camins -, y tuvo una duración de 1 día, 2 horas y 15 minutos. El interno que fue sometido a la contención era un joven de 26 años, y los motivos alegados para aplicar la medida fueron: “impedir actos de evasión o de violencia de los internos, evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas, y vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo”.

En el caso de las 131 contenciones con una duración de entre 10 y 24 horas, más de la mitad fueron de tipo regimental (77 en total) y varias de ellas se acercaron al día entero de duración. 54 de estas contenciones de tipo regimental tuvieron lugar en DERT, y en 15 ocasiones los destinatarios han sido sujetos de 23 años de edad o menos. El más joven de ellos, de 19 años, estuvo atado en el CP Puig de les Basses un total de 13 horas y 55 minutos, siendo el motivo alegado mostrar “resistencia activa o pasiva a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo”.

Gráfico 35. Contenciones mecánicas de tipo regimental de mayor duración.

Desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2023



05

Las perspectivas de los diferentes actores penitenciarios en torno al fenómeno de las contenciones mecánicas

01 INTRODUCCIÓN

Tras el análisis de las diferentes regulaciones y del contexto en que se encuadra la práctica de la contención mecánica, en el presente capítulo se describirán los principales puntos de vista de los distintos actores que participan, influyen o padecen dicha práctica en las prisiones del Estado español; desde los/as dirigentes de las diferentes administraciones penitenciarias que diseñan las circulares y los procedimientos, pasando por los/as funcionarios/as que tienen que ejecutarlas, hasta las mismas personas privadas de libertad que las sufren, así como los/as abogados/as de los Servicios de Orientación Jurídica Penitenciaria (SOJP) y algunas organizaciones de la sociedad civil que velan por los derechos de éstas, tanto en el ámbito jurídico como sanitario.

Las técnicas de recaudación de información fueron variadas según el agente a quien iban destinadas. De esta manera, y como se verá en los diferentes apartados, algunas se enfocaron más al cuestionario con respuestas cerradas, como el repartido entre los funcionarios/as de prisiones o el enviado a los/as letrados/as del Servicio de Orientación Jurídica Penitenciaria, mientras que otras fueron enfocadas a respuestas de índole más abierto, como las entrevistas realizadas a los/as responsables de las distintas administraciones penitenciarias, el guion enviado a las personas privadas de libertad, y el enviado a las entidades de la sociedad civil que trabajan en el ámbito carcelario. Cabe destacar, como limitación del estudio, la ausencia de unos agentes clave en este fenómeno: los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria. La lamentable ausencia de éstos se debe a la falta de respuestas ante el envío del cuestionario.

02 LA SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

2.1 La perspectiva de los actuales responsables de la SGIP

Para la obtención de esta información se realizaron diversas tomas de contacto con la actual dirección de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), que culminaron en una entrevista con su máximo responsable, Angel Luís Ortiz, el 31 de marzo de 2023, quien había asumido el cargo el 18 de junio del año 2018 (mismo año en que se publicó la Instrucción 3/2018 relativa a la regulación de las contenciones mecánicas, y un año después de la publicación de la *Guía* del MNP).

En dicha entrevista, la actual dirección de la SGIP, pese a legitimar el empleo de la contención mecánica (haciendo alusión al artículo 72 RP), reconoce compartir la visión del SPT en relación con el uso de este método coercitivo y, en particular, al hecho de que su aplicación pueda correr el riesgo de llegar a suponer un trato degradante. Ante ello, relata haber apostado por una política de reducción y limitación del empleo de dicha medida. Según manifiesta, tras su toma de posesión asumió el compromiso de reducir el número de contenciones mecánicas que se aplicaban en las prisiones dependientes de esta administración, además de limitar su uso a los casos estrictamente necesarios y por el tiempo mínimo imprescindible.

El año anterior a la asunción del cargo por parte del presente Secretario General, las contenciones mecánicas se habían aplicado un total de 1035 ocasiones en esta administración. Tal y como señaló el CPT,¹³¹ el uso y frecuencia que se hacía de este medio coercitivo era distinto en cada centro penitenciario; mientras en algunos centros -muchos de ellos de gran tamaño- habitualmen-

¹³¹ (CPT/Inf (2017) 34).

te se gestionaban el tipo de situaciones que suelen derivar en el uso de este método coercitivo sin necesidad de emplearlo finalmente, por el contrario, en otros centros, se recurría a este medio con mucha mayor frecuencia. Ante esta situación, el actual Secretario y su equipo optaron por centrar la atención en los centros penitenciarios donde se había detectado un uso excesivo de la medida, dialogar con sus responsables con el fin de conocer mejor cómo se abordaban estas situaciones, conocer así buenas prácticas que pudieran hacerse extensivas al resto de centros, así como identificar aquellas contra-productivas y actuar sobre las mismas.

Tras esta fase se elaboró la nueva Instrucción 3/2018 con el objetivo de reducir tanto el número como la duración de las contenciones mecánicas que se aplican en los centros penitenciarios, mediante el establecimiento de unos criterios más estrictos a los centros para la gestión de este tipo de situaciones. Como se ha visto anteriormente, tras la aprobación de esta Instrucción, las cifras de aplicación de contenciones mecánicas comenzaron a descender de manera paulatina en los centros penitenciarios dependientes de la AGE, llegando en el año 2022 a 371. Este descenso, en opinión de los/as actuales responsables de esta administración, es el producto de la aprobación de la Instrucción 3/2018, así como de las distintas medidas tomadas para garantizar su total integración en el modelo penitenciario. En este sentido, los/as responsables de la administración destacan los esfuerzos realizados en la formación de defensa personal y en el abordaje de situaciones críticas a través de técnicas de desescalada verbal dirigidos al personal penitenciario, así como la importancia que desde la administración se ha dado a que, en caso de aplicación, las contenciones mecánicas finalicen, siempre, una vez desaparezca el momento álgido de agresividad por parte de la persona presa. En las formaciones de defensa personal dirigidas a los/as trabajadores/as, se enseñan en primer lugar estas técnicas de desescalada, entendiendo que, en estas situaciones, el escenario ideal es aquel en el que el/la profesional es capaz de reconducir el conflicto sin tener que de aplicar técnicas de defensa personal. La siguiente fase se da, según explican, en caso de que se hiciera necesario utilizar la fuerza física, que estos/as trabajadores/as estén capacitados/as para hacerlo de tal forma que cause el menor daño posible a la persona reducida.

Según explican el actual Secretario General y su equipo, para afrontar actualmente este tipo de situaciones se requiere entonces, en primer lugar, valorar el riesgo de la situación y, en base a ello, también de los posibles abordajes que se le pudiera dar a ésta. En caso de que no exista un riesgo inminente para la vida de la persona o de terceros, se apuesta por un abordaje a través de técnicas de desescalada verbal que permitan reducir la tensión de la situación y el nivel de agresividad de la persona. Resaltan también, en este sentido, la necesidad de aislar la situación, evitando así que se pueda retroalimentar por parte de terceras personas, y que la situación pueda influir sobre el resto de los/as internos/as del módulo, así como la pertinencia de contar con personas de referencia con capacidad de incidencia sobre la persona alterada.

Otro de los factores que, en opinión de IIPP, ha sido determinante en este proceso, y que se llevó a cabo por recomendación expresa del MNP, fue la obligatoriedad de grabación de todas las contenciones mecánicas. Según afirman, estas grabaciones son, en todos los casos, supervisadas por el director o directora de seguridad del centro, y, en los casos en que se confirma que la duración ha sido excesiva, también por los/as responsables de la SGIP. En opinión de su actual responsable, este hecho supone un aumento de garantías para las personas presas, en la medida en que se asegura un mayor control de la medida.

Por otra parte, la actual dirección de la SGIP afirma que, en ningún caso, la reducción del número de contenciones mecánicas se está traduciendo en un aumento del empleo de otros medios coercitivos como el aislamiento o la contención farmacológica, y reiteran la importancia que han tenido en este proceso algunas medidas alternativas antes nombradas, como la observación, el aislamiento del conflicto y el empleo de técnicas de desescalada verbal. Desde la dirección afirman que, a diferencia de otros ámbitos, desde el sector de los/as profesionales penitenciarios no ha habido una especial reticencia a la hora de aplicar las nuevas indicaciones, afirmando taxativamente que en ningún caso se ha hecho alusión por parte de este sector profesional u otros, a la posible influencia que estas nuevas directrices pudieran tener en relación con aspectos como el aumento de agresiones hacia el colectivo de trabajadores/as de vigilancia penitenciaria.

A pesar de afirmar que el mejor contexto sería aquel en que no fuera necesario el empleo de contenciones mecánicas, la dirección de la SGIP reconoce las limitaciones del modelo actual para alcanzar este objetivo. Según explican, las situaciones en las que se siguen utilizando las contenciones mecánicas, son las que requieren de un abordaje de tipo sanitario, refiriéndose mayoritariamente a situaciones en que la persona atenta contra su propia vida o amenaza con ello. A pesar de eso, reconocen que estas contenciones se contabilizan como sanitarias o regimentales dependiendo del o de la profesional que ordena la medida (de régimen o sanitario), independientemente de la razón que derivó en su aplicación. La escasez de médicos/as en el ámbito de las instituciones penitenciarias dependientes de la AGE puede ayudar a entender el porqué, pese a que una situación pudiera estar desencadenada por motivos sanitarios o requerir un abordaje de este tipo, finalmente son abordadas por personal de régimen interno, así como la incapacidad de ofrecer respuestas menos perjudiciales a problemáticas de orden sanitario. Desde la SGIP, aunque son conscientes de la necesidad de abordar este tipo de situaciones de otra manera, y muestran interés por el empleo de otro tipo de medidas menos lesivas, reconocen la incapacidad actual, atendiendo a los recursos y medios existentes, para dar otro tipo de respuestas a este tipo de situaciones.

Referente al contenido concreto de la Instrucción 3/2018, desde la dirección de la SGIP manifiestan que, pese al gran esfuerzo por protocolizar el uso de las contenciones mecánicas (con aspectos detallados como el modo en que se debe aplicar, los o las profesionales que han de intervenir, o las funciones que cada uno/a de ellos/as debe realizar), no se han estimado los motivos concretos en que la medida puede o no emplearse, más allá de las disposiciones que establece la LOGP: daños a terceros, a uno mismo o a las instalaciones. A este respecto, reconocen que son los trabajadores/as que allí se encuentren, o el jefe/a de servicios, quien, en última instancia, decide si se aplica o no la medida.

En referencia a los espacios donde se realizan las contenciones, y si ello influye en su consideración como contención de tipo regimental o sanitario, en la línea en que se apuntaba con anterioridad, los dirigentes de la SGIP afirman que el espacio en que se realiza la contención no influencia en el tipo de contención que se aplica. Es decir, una contención de tipo sanitario (prescrita por el médico) puede aplicarse en un módulo ordinario, si el incidente se produce en dicho módulo. Cabe mencionar especialmente las contenciones que se aplican en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, espacios en que, según reconoce el Secretario General, únicamente deberían aplicarse por motivos sanitarios. Los responsables de la administración afirman que en estos espacios las contenciones se aplican, al menos en su mayoría, por motivos médico-psiquiátricos, reconociendo también que es en estos contextos donde las medidas se aplican por un periodo de tiempo más prolongado. Ello, según afirman, terminaría alargando las estadísticas del tiempo medio de duración

de la medida. Según explican, en la actualidad se está trabajando en dos cursos formativos para los y las profesionales que trabajan en dichos centros, con la intención, entre otros objetivos, de garantizar que todas las contenciones que se apliquen en estos espacios tengan exclusivamente carácter y rigor médico.

Otro de los aspectos planteados en la entrevista con el responsable de la SGIP fue el de los mecanismos de control e instrumentos de registro de aplicación de la medida de contención mecánica. En este contexto llama la atención que, independientemente de que la contención mecánica se haya aplicado por motivos médicos o regimentales, según reconocen desde la administración, el responsable de cumplimentar el libro de registro es siempre el personal de régimen interior, concretamente el jefe de servicios. Una de las razones que puede explicar este fenómeno sería la escasez de facultativos/as a la que se ha hecho alusión en diversas ocasiones, aunque seguramente influya también el hecho de que, como se ha descrito, la sanidad penitenciaria de los centros penitenciarios españoles sigue siendo competencia de la SGIP.

Finalmente, respecto a la comunicación al JVP de la aplicación y cese de la medida, desde la SGIP afirman que la comunicación se realiza una vez iniciada la medida y, nuevamente, una vez se ha cesado. No obstante, reconocen que, en la práctica, en muchas ocasiones el JVP ya está cerrado cuando recibe la comunicación, por lo que acaba recibiendo ambas comunicaciones (inicio y cese) en el mismo momento. Se trata, por tanto, de una medida que, en la práctica, únicamente permite un verdadero control jurisdiccional cuando tiene una duración larga (extendiéndose durante días), lo que habitualmente sucede solo con contenciones de tipo sanitario.

2.2 La perspectiva de los trabajadores penitenciarios de la SGIP

Con el objetivo de conocer mejor la visión de los/as trabajadores/as penitenciarios/as en relación a la práctica de las contenciones mecánicas en los centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado, se distribuyó un cuestionario entre los Subdirectores/as de seguridad de los diversos centros penitenciarios. Si se tiene en cuenta el art 45. de la LOGP (empleo de los medios coercitivos), así como el protocolo desarrollado en la circular 3/2018 de la SGIP sobre contenciones mecánicas, “su utilización será previamente autorizada por el Director o mando de incidencias, si bien cuando razones de urgencia no lo permitan, se autorizará por el Jefe de Servicios y se le comunicará a la mayor brevedad. [...] Las anotaciones serán realizadas y firmadas por el Jefe/s de Servicio/s intervinientes y Subdirector de Seguridad, siendo supervisadas por el Director que las rubricará con un “Visto Bueno”; es por ello, que la visión de estos agentes cobra especial relevancia. El cuestionario fue enviado a los/as Subdirectores/as de seguridad de la totalidad de los 66 centros penitenciarios y 2 psiquiátricos penitenciarios dependientes de la SGIP,¹³² retornando un total de 29 respuestas de las diferentes prisiones, así como del psiquiátrico penitenciario de Alicante.

Lo primero a destacar, respecto a la frecuencia con la que se aplican las contenciones en cada centro, es que, a pesar de que el resto de profesionales afirmaron que las aplican “de forma muy puntual”, los/as profesionales de los CP de Teixeira y Daroca afirmaron aplicarlas semanalmente y mensualmente, respectivamente. Dichos datos son inusualmente altos y chocan con el objetivo de la Secretaría de reducirlas al máximo posible. Seguidamente, al ser preguntados si la aplicación de alguna contención mecánica les había

132 Cabe recordar que la Administración General del Estado cuenta con un total de 32 Centros de Inserción social (centros de medio abierto), 66 centros penitenciarios, 2 psiquiátricos penitenciarios y 3 unidades de madres.

supuesto algún problema emocional o psicológico, el 37,9% de los/las profesionales respondieron de manera afirmativa; y de éstos, más de la mitad afirmaron que les afecta en mayor medida que otro tipo de medios coercitivos, mientras que para la otra mitad les afecta en el mismo grado. El fenómeno de la afectación psicológica en la salud mental de los trabajadores/as penitenciarios a raíz de la gestión continua de conflictos y de la aplicación de medios coercitivos (sobre todo el relativo a la contención mecánica) es un campo que, aunque no se va a tratar en el presente informe, merecería de especial atención y profundización¹³³.

Tanto la Instrucción 3/2018, como especialmente la *Guía* del MNP, recogen de manera detallada los procedimientos del protocolo a seguir en la práctica de las contenciones mecánicas, así como que “deben existir normas claras e impartirse cursos de formación específica para los funcionarios, respecto a la metodología adecuada para realizar las sujeciones mecánicas”. No obstante, un Subdirector de seguridad negó conocer que existiese en su centro algún tipo de normativa o protocolo interno que regule dichas medidas. Además de ello, un total 4 trabajadores/as de distintos centros negaron haber recibido algún tipo de formación específica en relación con el protocolo, o alguna indicación sobre la aplicación de contenciones mecánicas.

Respecto a los distintos aspectos que rodean la aplicación de dicha medida, se preguntó, en primer lugar, el contexto donde habían tenido que aplicar la contención, dando cinco opciones de respuesta¹³⁴ y pidiendo que se marcaran tantas como se consideraran necesarias. Las respuestas revelan que casi la totalidad de los trabajadores (89,7%) las había aplicado en módulos o departamentos de aislamiento, que el 79,3% las ha aplicado también en las enfermerías penitenciarias, y casi la mitad (48,2%) afirmaron haberlas realizado en otros módulos o departamentos. Teniendo en cuenta que, debido a la falta de unidades psiquiátricas y psiquiátricos penitenciarios, así como al déficit general de profesionales de la sanidad mental en las prisiones de la SGIP, la mayoría de personas privadas de libertad que padecen trastornos mentales graves u otro tipo de enfermedad mental se encuentran ubicadas en las enfermerías penitenciarias y en los módulos de aislamiento, estos resultados relativos a la aplicación de las contenciones en las enfermerías y en los departamentos de aislamiento, a priori, podrían chocar con las recomendaciones establecidas en la *Guía* del MNP que, en el apartado referente al control médico y los cuidados de enfermería establece que “quedará prohibida de modo explícito la contención mecánica por causas estrictamente regimentales a enfermos mentales con antecedentes de patología psicótica (esquizofrenia o similar), incluidos por dicha causa en el programa Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). De ser eventualmente necesarias, se trataría siempre de sujeciones sanitarias”. Es decir, que, o se están aplicando contenciones mecánicas de carácter regimental a personas con padecimientos mentales, o se está cometiendo un exceso en el “eventual” uso de las contenciones sanitarias; en cualquier caso, supone un dato a tener en cuenta a la hora de alcanzar el objetivo de reducción de esta práctica.

Al ser preguntados/as por las situaciones que habían propiciado el empleo de la contención mecánica, llama fuertemente la atención que, a excepción del Subdirector/a del CP de Alcalá de Guadaíra, la totalidad de los trabajadores/as encuestados/as afirmaron haberla empleado tras situaciones de auto agresividad o autolesión por parte de la persona presa. Un hecho preocupante teniendo en cuenta que la *Guía* del MNP, en su primer párrafo sobre los criterios generales para la aplicación de sujeciones mecánicas en centros

133 Véase Molleda et al. 2015; Sotomayor & Pombar, 2005; Hernández-Martín et al. 2006.

134 Las cinco opciones son: Módulos o departamentos de aislamiento; módulos o departamentos de salud mental; enfermerías penitenciarias; hospitales penitenciarios (o unidades hospitalarias); otros módulos o departamentos.

penitenciarios, afirma que “su aplicación de modo habitual y rutinario, por ejemplo, tras autolesiones de los internos, como medida de «refuerzo negativo» para desincentivar dichas actuaciones, se encuentra, a juicio de esta institución, en contradicción con las exigencias del artículo 72 del Reglamento Penitenciario (RP)”. La segunda situación que más propicia el inicio de una contención mecánica es la agresión/violencia hacia los trabajadores/as, ya que un total de 26 profesionales (el 89,7%) afirmó haberlas realizado tras una situación de este tipo, seguida por la agresión/violencia hacia otras personas presas (65,5%) y por las situaciones donde se cometen daños a objetos o infraestructuras (55,2%). Estos resultados son alarmantes porque, aunque haría falta un estudio más profundo de carácter cualitativo sobre los casos concretos, el alto porcentaje de utilización de esta medida tras situaciones de agresión hacia los trabajadores/as deja entrever que su uso puede realizarse como medida punitiva.

Por otro lado, se quiso preguntar la opinión los/as trabajadores/as penitenciarios acerca de la utilidad de esta medida, a lo que casi todos/as respondieron de manera afirmativa, a excepción de un trabajador/a que no respondió, a otro/a que, a pesar de responder afirmativamente, matizó que no siempre funcionan, y al Subdirector/a del CP de Sevilla II (Morón de la Frontera), que respondió de manera negativa.

Respecto a la tendencia en su uso, se preguntó a estos profesionales si, según su percepción, las contenciones mecánicas habían disminuido, aumentado o mantenido estables en los últimos años. El 79,3% respondió que el uso de las contenciones se había reducido en los últimos años y el 17,2% respondió que se mantienen estables; sin embargo, llama la atención la respuesta del trabajador/a del CP Puerto II, que afirmó que esta práctica había aumentado, aunque cabe destacar que es la misma persona que afirmó en la respuesta anterior que esta práctica no siempre funciona. Respecto a los motivos que han propiciado este descenso, se planteó la pregunta con 3 opciones de respuestas cerradas y una de respuesta abierta¹³⁵ para que los y las profesionales marcaran tantas como consideraran oportuno. La respuesta mayoritaria fue que se debe a instrucciones por parte de la administración penitenciaria o el equipo directivo para que se limitara su uso (62,1%), seguida del incremento del uso de otros medios alternativos para abordar dichas situaciones (48,2%), y por la reducción del tipo de situaciones que se abordan mediante dicho medio coercitivo (31%). Llamam la atención las dos respuestas relativas a “otros motivos” (respuesta abierta), que dieron como razones, por un lado, la reducción de población penitenciaria (que hace descender los conflictos de convivencia), y por otro, una “mayor formación del personal”.

Finalmente, se quisieron averiguar distintos aspectos acerca de los métodos alternativos a la contención mecánica empleados en estos centros. En primer lugar, se preguntó si antes de aplicar esta medida se habían aplicado otro tipo de medidas para intentar abordar la situación, a lo que todas las respuestas fueron afirmativas, excepto una. Al ser preguntados por cuáles habían sido estos métodos, la gran mayoría de profesionales respondieron que fueron medidas de desescalada verbal, respuestas que se complementaron con algunas más minoritarias como la contención farmacológica, la reubicación en otros módulos, la sujeción de corta duración (esposas), el abordaje por el personal sanitario y la detección precoz del problema en cuestión. Analizando estas respuestas junto con la pregunta sobre en qué contexto se habían visto obligados a recurrir a esta práctica, se puede deducir que existe algún tipo de mala praxis en el modo en que se abordan las desescaladas verbales en situaciones de autolesión de las personas presas, dado el alto número en ambas respuestas. Destaca la respuesta del CP de

135 Las opciones fueron: “a causa de la reducción del tipo de situaciones que se abordan mediante dicho medio coercitivo”, “debido al incremento del uso de otros medios

Lugo, que responde como método alternativo, además de la desescalada verbal, la celda acristalada de observación.

Por último, se quiso saber si estos métodos alternativos habían sido más, igual o menos dañinos, tanto para las personas a la que se le aplica como para los/as profesionales que las realizan. Respecto a la afectación de la persona a contener, todos los/as trabajadores/as afirmaron que estas prácticas habían resultado menos dañinas, excepto una respuesta que alegó que suponían el mismo daño. En referencia a la afectación para los/as trabajadores/as que tienen que aplicarlas, todas las respuestas fueron unánimes en considerar que fueron menos dañinas, excepto 2 trabajadores/as, que afirmaron que suponían el mismo daño.

Para concluir, se preguntó si los nuevos métodos (las desescaladas, principalmente) les han parecido eficaces para mantener la seguridad interna del establecimiento y su personal, a lo que todos/as, a excepción de un trabajador/a,¹³⁶ respondieron de manera afirmativa. Esta última afirmación deja entrever que, aunque los trabajadores penitenciarios consideran que las contenciones mecánicas son un método útil para abordar ciertas situaciones de conflicto, la puerta a otros métodos de desescalada menos lesivos está abierta por parte de estos agentes.

03 LA SECRETARIA DE MESURES PENALS, REINSERCIÓ I ATENCIÓ A LA VICTIMA

3.1 La perspectiva de los actuales responsables de la SMPRAV

Para la obtención de las opiniones de los/as responsables de la administración penitenciaria catalana, a pesar de tener un diálogo fluido desde tiempo atrás, se les envió el guion de preguntas que más tarde, su entonces Directora General¹³⁷ y su actual Secretario General (Sr. Amand Calderó), devolvieron con las respuestas contestadas. Respecto a la legitimación de este medio coercitivo, los responsables de la SMPRAV, al igual que los responsables de la SGIP, legitiman el empleo de la contención mecánica, haciendo alusión a la actual normativa penitenciaria, pese a que, como se ha visto, ésta no haga mención expresa a los medios de sujeción mecánica. En este sentido, aluden al argumento de que está demostrado que el empleo de cintas de sujeción o correas de tipo psiquiátrico supone una manera menos lesiva de ejercer la sujeción que las esposas metálicas (sí recogidas por la norma), por lo que consideran que el empleo de las correas se considera acorde con el espíritu de la normativa penitenciaria.

Desde la administración catalana, sin embargo, reconocen que, tanto el uso de medidas de contención mecánica como de otros métodos coercitivos, constituyen un ámbito de especial sensibilidad, en la medida en que afecta a los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad. En este sentido, los/as responsables aluden a la Circular aprobada durante la anterior legislatura (2/2021), la cual se había marcado como último objetivo “contenciones cero”. Como ya se ha descrito anteriormente, dicha circular fue posteriormente derogada por sus sucesores en el cargo, encontrándose los/as nuevos/as responsables con una nueva Circular (la 1/2022) de reciente aprobación, cuya aplicación, según relatan, está actualmente en un periodo de

136 Esta excepción es la misma que alegó que los nuevos métodos suponían el mismo riesgo para las personas a las que se les aplica, y una de las dos excepciones en lo relativo a la afectación de las nuevas medidas en los trabajadores/as que las aplican.

137 La entrevista se realizó cuando el cargo de Directora General estaba ocupado por Paula Montero; no obstante, el 4 de julio de 2023 presentó su renuncia por motivos personales, y fue sustituida por Josep María Montero Gómez.

evaluación a fin de realizar las modificaciones oportunas. A pesar de que los/as actuales responsables reiteran su voluntad de seguir trabajando para alcanzar el objetivo de cero contenciones, afirman la necesidad de realizar una transición que permita garantizar, tanto los derechos de las personas presas, como la del colectivo de trabajadores/as penitenciarios/as.

En el apartado de justificación normativa de la Circular actualmente vigente (1/2022), consta que la necesidad de aprobar esta nueva circular derivaba principalmente del hecho de que, tras la aplicación de la anterior Circular (2/2021), se había observado un aumento de los incidentes en los centros penitenciarios, especialmente de las agresiones hacia el personal penitenciario y de las conductas autolesivas por parte de las personas presas. Sin embargo, los/as responsables actuales reconocen que, pese a que con la entrada en vigor de la Circular 2/2021 se produjo una importante reducción respecto al número de contenciones aplicadas y un incremento de las incidencias en general, no se realizó ningún estudio detallado que permitiera establecer una relación causal entre dichos fenómenos. Conscientes de que el protocolo seguido no fue el adecuado, señalan que con la aprobación de la nueva Circular (1/2022) han aumentado el número de contenciones, y han seguido aumentando también el número de incidentes, entre ellos las agresiones al personal.

Tal y como reconocen los/as actuales responsables, la revisión de la anterior circular fue motivada por el rechazo que la misma tuvo entre amplios sectores sindicales, problemática que ya se ha mencionado anteriormente. Según explicaron, pese a que desde la administración se realizara un esfuerzo por esclarecer las dudas que dicho sector profesional tenía sobre la nueva circular, no se consiguió dicho propósito.

Respecto al análisis de la nueva circular, en la misma consta que se establece la necesidad de buscar medidas alternativas a la contención mecánica y que para ello se debe establecer un grupo de trabajo que tenga el objetivo de evaluar de forma continuada la correcta aplicación del nuevo protocolo y analizar las posibles alternativas, haciendo mención expresa, entre ellas, a la celda acolchada. En la circular se hace mención a la creación de equipos especializados con un enfoque de trabajo transversal con el objetivo de intervenir con las personas a las que se les han aplicado contenciones mecánicas. Desde la SMPRAV relataron que las principales conclusiones a las que ha llegado dicho grupo de trabajo hasta el momento son las siguientes:

- Existe una relación entre el incremento de incidentes violentos y el de contenciones, tanto regimentales como sanitarias.
- Un grupo reducido de internos repite múltiples inmovilizaciones en períodos cortos de tiempo, alternando contenciones sanitarias y regimentales, por lo que se hace necesario una intervención multidisciplinar en estos casos.
- Entre las principales características de las personas inmovilizadas se encuentra que: el 56% se ubica en departamentos de aislamiento, el 39% tiene antecedentes de ingresos en unidades psiquiátricas y el 75% ha tenido inmovilizaciones anteriores. Además, muchas de estas personas presentan RisCanvi alto y medio en violencia autodirigida, y un nivel de violencia intrainstitucional alto y medio.
- Los jóvenes tienen una incidencia muy alta en violencia que deriva en inmovilizaciones.
- Las inmovilizaciones regimentales en mujeres están descendiendo.

Respecto a la prueba piloto realizada para evaluar la viabilidad de la celda acolchada como método alternativo a la contención mecánica (prevista en la circular 2/2021), desde la SMPRAV explican que diseñaron una celda modificada con varias medidas de seguridad (paneles acolchados en el suelo y paredes, modificación de ventana, sin lavabo ni WC, dotada de cámaras de videovigilancia que registran imagen y sonido y de un proyector de imágenes y sonido). La celda se probó en tres ocasiones: en una de ellas como medida de transición entre la contención mecánica y la vuelta a la celda ordinaria, y en otras dos ocasiones ante una conducta autolesiva. Los resultados no fueron positivos en ninguno de los casos. En el primero no se consiguió evitar la contención inicial en cama, y en los otros dos casos la persona se continuó autolesionando en la celda acolchada, una de ellas golpeándose la cabeza contra el interfono y la puerta, y la otra con una grapa de sutura que llevaba puesta. Tras constatar que la estructura de la celda permite que la persona pueda seguir atentando contra su vida, que la actual configuración no permite satisfacer las necesidades básicas de la persona, y que el acceso a la celda es deficitario y puede comportar riesgos, la SMPRAV concluyó que se hace necesario llevar a cabo una nueva adecuación del espacio, establecer protocolos de uso y formar al personal en los mismos, así como llevar a cabo nuevas pruebas piloto de cara a adoptar conclusiones definitivas al respecto.

Como ya se ha visto, toda la normativa existente sobre contenciones mecánicas en prisión prevé que las contenciones mecánicas son una medida excepcional que solo debe ser utilizada “cuando se considere agotada o imposible la vía de la interacción verbal”, y “cuando no exista otra forma menos lesiva para reconducir los riesgos”. Como puede comprobarse, se trata de expresiones que, lejos de constituir criterios objetivos para su valoración, están abiertas a la subjetividad del profesional que debe adoptar la decisión respecto a la pertinencia de su aplicación. En relación con este aspecto, desde la SMPRAV resaltaron que, pese a que el protocolo habitual requiere de la autorización del Director/a o Jefe/a de Servicios para aplicar cualquier método coercitivo, las situaciones que se dan diariamente en los centros penitenciarios en ocasiones comportan la necesidad de adoptar respuestas rápidas que no siempre permiten seguir dicho procedimiento. Según refieren, en algunos casos los/as funcionarios/as de vigilancia toman decisiones de manera autónoma, informando posteriormente al Director/a o, en su defecto, al Jefe/a de servicios.

Sin embargo, toda contención mecánica comporta una revisión por parte del equipo directivo con el objetivo de valorar posibles correcciones o mejoras. Explican también que desde 2018 se ha dado una gran importancia a la formación del personal en los protocolos de actuación internos, los cuales han sido incorporados en las llamadas *Guías de Actuación Penitenciarias* (GAP). Según informan los/as responsables de la SMPRAV (puesto que, como ya se ha señalado dichas guías no son de acceso público), dentro de la GAP 1 se marcan las pautas de actuación para la interacción ante cualquier incidencia. Uno de los aspectos clave de esta formación es el relativo a la comunicación como elemento de seguridad y convivencia. Entre los contenidos del primer módulo formativo se encuentran una serie de pautas de interacción (verbal y no verbal) que el personal de régimen interior debe tener en consideración a la hora de interactuar con las personas presas, especialmente en el contexto de incidentes o conflictos¹³⁸.

138 Entre los principales aspectos abordados en la guía cabría citar: tono de voz suave, conducta asertiva, dirigirse a la persona por su nombre, actitud relajada, escucha activa, mensajes claros y sencillos, uso del refuerzo positivo, mantener el contacto visual, buscar posiciones que faciliten la comunicación, pedir ayuda a otros profesionales desde el inicio del conflicto, evitar que el conflicto se de en espacios comunes, no invadir el espacio personal o no exhibir medios coercitivos como las defensas de goma.

Respecto al motivo que ha llevado a no publicar estas medidas preventivas y alternativas contenidas en las GAP, los/as responsables aluden a aspectos de seguridad pública. Desde la SMPRAV consideran que, dado que las GAP tienen como objetivo mitigar los riesgos de seguridad pública y personal de los afectados (personas presas y personal penitenciario), y además contienen un amplio contenido gráfico con imágenes de los/as formadores/as que permitirían su identificación, su difusión pública podría suponer un riesgo para su seguridad.

En referencia a la formación de los/as profesionales en materia de contención mecánica, según afirmaron los/as responsables de la SMPRAV, tras la crisis sanitaria se ha realizado un esfuerzo en el ámbito de la formación, especialmente aquella vinculada a las GAP 1, instruyendo a todos los mandos intermedios y al personal de interior que se había incorporado los dos años antes de la entrada en vigor de la Circular 1/2022. Cabe recordar, sin embargo, que en el texto de la citada Circular se establecía que durante el año 2022 se llevaría a cabo una formación estratégica de las GAP dirigida al total de funcionarios/as de régimen interior con el fin garantizar la correcta aplicación del protocolo, un hecho que, al parecer, no se ha terminado de completar en su totalidad. Las respuestas de los/as responsables de la SMPRAV parecen indicar, por tanto, que cierto grupo de profesionales penitenciarios podrían estar aplicando el protocolo establecido por la Circular 1/2022 a pesar de no haber recibido una formación específica del mismo.

Destaca también en este sentido que, en el marco de la entrevista mantenida con los responsables de la SMPRAV, éstos hicieron patente sus dudas respecto de la eficacia de las técnicas de desescalada en situaciones especialmente graves, así como en el hecho de que éste haya sido el método empleado en los últimos años en el contexto de los centros penitenciarios de la AGE como alternativa a la contención mecánica. Los responsables de la SMPRAV expresaron también la necesidad de encontrar otros métodos alternativos a la contención mecánica que sean de utilidad a sus profesionales para dar una respuesta adaptada a las situaciones críticas que se producen en el contexto de los centros penitenciarios que dan lugar al empleo de contenciones mecánicas.

Para entender las razones que están detrás de las diferencias entre la administración central y la catalana en relación a las cifras relativas a la aplicación de medidas de contención mecánica, se hace necesario realizar un análisis detallado que permita valorar todas las variables de influencia. A este respecto, los/as responsables de la SMPRAV apuntaron que esta diferencia podría explicarse por el hecho de que el sistema penitenciario catalán se basa en mayor medida en la interacción entre profesionales y personas presas y en el desarrollo de una mayor oferta de programas de intervención y tratamiento, lo que podría provocar un mayor número de incidentes debido a la mayor convivencia entre sujetos.

En el guion de la entrevista se aprovechó para preguntar por los motivos que podrían llevar a justificar la necesidad de la presencia de personal de régimen interno para garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios en el marco de los reconocimientos médicos cuando la persona presa se encuentra

inmovilizada¹³⁹. Desde la SMPRAV explicaron que, pese a que inicialmente en esta situación no sería necesaria la presencia del personal de régimen, en estos contextos se pueden dar situaciones en que se pueda requerir, y ponen como ejemplo las situaciones en que la persona escupe o insulta al o el profesional sanitario. Atendiendo a que, tal y como han puesto de relieve diversos organismos de defensa de derechos humanos como el CPT o el MCPT, en este contexto es habitual que las personas inmovilizadas aleguen haber sido objeto de malos tratos u otro tipo de abusos. Cabe señalar, en este sentido, que desde la SMPRAV afirman que se trasladó el contenido del protocolo a los/as responsables del Programa de Salud Penitenciaria con anterioridad a su aprobación, desde donde no se hizo ningún tipo de pronunciamiento en relación con este aspecto, lo que apoya la tesis relativa a que el traspaso de competencias en materia de sanidad penitenciaria, *per se*, no parece ser requisito suficiente para acabar con la primacía de la lógica de la seguridad sobre la sanitaria que prima en estos espacios.

En la misma medida, la Circular 1/2022 prevé la realización de un registro corporal a la persona que va a ser inmovilizada con anterioridad a la aplicación de la medida y otra una vez finalizada la medida, todo ello pese a que la inmovilización impide cualquier tipo de movimiento por parte de la persona, quien además se encuentra sometida a videovigilancia constante. Desde la SMPRAV argumentan que, atendiendo a las dificultades que comporta registrar a una persona agitada, se hace necesario realizar un nuevo registro una vez cesado el episodio de agitación y la persona haya sido desatada y se encuentre más calmada. En este sentido, añaden que, recientemente, se dio una situación en que la persona había sido registrada superficialmente y, una vez desatada, llevaba armas con las que agredió a varios trabajadores.

Atendiendo a que, como se ha visto, las competencias en materia sanitaria de las personas privadas de libertad en Catalunya son competencia del ICS y no de la administración penitenciaria, en la entrevista se planteó a los/as responsables de la SMPRAV si no consideraban inapropiado que las contenciones sanitarias estén reguladas en protocolos de régimen interno y sean ejecutadas por profesionales de régimen interno. Los/as responsables de la SMPRAV respondieron que este protocolo se sigue únicamente en los espacios sanitarios que no disponen de sus propias normas ni de personal sanitario para llevar a cabo dichas labores, y no en aquellos espacios sanitarios que cuentan con personal propio, en alusión, suponemos, a la UHPP¹⁴⁰. En opinión de los responsables de la SMPRAV, esta regulación comporta que las personas presas no pierden nunca su condición de pacientes¹⁴¹.

139 En el apartado “Evaluación médica de la contención mecánica en cama” del punto 4.2.7.1 (Procedimiento de supervisión) del anexo 1 de la Circular 1/2022 se afirma textualmente que “Para las evaluaciones, el/la facultativo/a tiene que ir acompañado por personal de régimen interior, pero las visitas se tienen que hacer de forma privada, garantizando la confidencialidad de médico/ca-paciente. A pesar de esto, si hay razones de seguridad que lo justifiquen, el/la facultativo/ va puede pedir la presencia de personal de régimen interior. En este sentido, durante las visitas médicas de los turnos de mañana y tarde, el/la médico/a de guardia tiene que ir acompañado/a por el/la CUSI, o si no hay, por los/as funcionarios/as del departamento, excepto en el control de las dos horas desde el inicio, en que tiene que estar presente el/la CS o CUE del DERT/DS. Durante las evaluaciones médicas del turno de noche, tiene que ir acompañado/a siempre por el/la CS.”

140 La suposición viene derivada del modo en que se realizó la entrevista (mediante el envío de un guion de preguntas que fue contestado por escrito), que impide preguntar ciertas aclaraciones como esta.

141 No obstante, como se ha visto, muchas contenciones de tipo sanitario son aplicadas también fuera de espacios sanitarios, no siendo el espacio en que la contención se aplica lo que determina si se trata de una contención sanitaria o regimental, sino - al menos en teoría - el profesional que la ordena.

Retomando la diferenciación entre contenciones regimentales y sanitarias, según manifiestan desde la SMPRAV, esta diferencia depende también de la conducta que la motiva. Los responsables la SMPRAV explican que una contención regimental puede convertirse en sanitaria en los casos en que el Jefe de servicio tome la decisión y el médico responsable valore la existencia de razones de carácter sanitario como causantes de la conducta de la persona sometida a dicha medida, o cuando el facultativo valore algún cambio que afecte a la salud física o mental durante el seguimiento que se realice a la persona en contención. Se podría deducir, entonces, que en la práctica, es la valoración de la conducta y de su situación que realiza el médico, lo que abre la posibilidad de registrar dicha contención como sanitaria.

En lo relativo a la evaluación y supervisión de la medida, en la Circular 1/2022 consta que “una vez terminada la contención mecánica, el subdirector de interior o, si está ausente, quien asigne el director, debe hacer un análisis de la contención –en un plazo máximo de 10 días– que englobe los hechos que la originaron, el comportamiento de la persona interna antes y durante la contención, el uso de las técnicas de interacción verbal –si fue posible–, el tipo de inmovilización utilizada, el control sanitario y las incidencias acaecidas durante todo el procedimiento”. Desde la SMPRAV aseguraron que este análisis se lleva a cabo tras la aplicación de todas las contenciones regimentales, pero no sanitarias. Los resultados de este análisis no se suelen notificar a la persona presa, sin embargo, la SMPRAV asegura que se trabaja con la persona afectada con el objetivo de analizar conjuntamente los motivos que dieron lugar a la contención y buscar estrategias preventivas para evitar futuros episodios similares. Asimismo, afirman que, tal y como también viene establecido en la citada circular, en un plazo máximo de 72 horas desde la finalización de la contención, el equipo multidisciplinar del departamento de procedencia de la persona interna debe entrevistarla y, en un plazo de 7 días desde la entrevista, hacer llegar a la dirección del centro un informe valorativo, afirmando, a su vez, que actualmente se encuentran en proceso de crear equipos especializados con el fin de atender mejor esta problemática.

Finalmente, en relación con la comunicación de la contención al JVP, la SMPRAV afirmó que todas las actuaciones se comunican siempre dentro de las 24 horas siguientes, con indicación del inicio, de la finalización y de las circunstancias que la motivaron. No obstante, ya se ha comprobado que este procedimiento impide un real control jurisdiccional, en la medida en que parece que éstas se comunican habitualmente una vez la contención ha finalizado.

3.2 La perspectiva de los/as trabajadores/as de la SMPRAV

Con el objetivo de conocer la percepción de los/as trabajadores/as penitenciarios/as respecto al uso de las contenciones mecánicas en los centros penitenciarios catalanes, se distribuyó un cuestionario entre los equipos directivos de los diversos centros penitenciarios de Catalunya, al igual que en los centros dependientes de la SGIP.

Volviendo a lo establecido en la LOGP, son los Directores de los centros quienes tienen la función de autorizar el empleo de medios coercitivos (art. 45), y el protocolo desarrollado por la circular 1/2022 de la SMPRAV establece que, una vez terminada la contención mecánica, el/la Subdirector/a de interior debe hacer un análisis de medida que englobe los hechos que la originaron, el comportamiento de la persona interna antes y durante la contención, el uso de las técnicas de interacción verbal –si fue posible–, el tipo de inmovilización utilizada, el control sanitario y las incidencias acaecidas durante todo el procedimiento; es por ello, que las opiniones de estos agentes son de especial importancia. El cuestionario fue cumplimentado por Directores/as de los centros, así como por Subdirectores/as de interior. Se analizaron un total

de 18 respuestas al cuestionario: 4 de profesionales que trabajan en centros abiertos y 14 de profesionales de centros ordinarios.

En primer lugar cabe destacar que, de las respuestas aportadas, únicamente un/a de los/las profesionales que respondieron al cuestionario (un cargo directivo de un centro abierto) respondió no haber tenido que aplicar o dar orden de que se aplicaran medidas de contención mecánica en el centro en el que trabaja, pese a que los datos estadísticos aportados por la SMPRAV analizados anteriormente reflejan que únicamente se aplicaron contenciones mecánicas en el período objeto de este estudio en 1 de los 5 centros abiertos gestionados por la SMPRAV, concretamente en el Centro abierto 2 de Barcelona. Independientemente de esta discordancia entre los datos aportados por la administración y las respuestas aportadas por sus profesionales, consideramos que, atendiendo a las diferencias respecto a la frecuencia de aplicación de la medida en un tipo y otro de centros, resulta conveniente realizar un análisis diferencial de los datos aportados por los directivos/as de éstos.

Otro asunto que se quiso indagar a través del cuestionario fue si el hecho de haber tenido que autorizar o aplicar contenciones mecánicas supuso para los/as trabajadores/as algún tipo de problema emocional o psicológico. Las respuestas a esta pregunta reflejan que, aunque para la gran mayoría de ellos y ellas (83%) no supuso ningún problema emocional, para el 17 % restante sí constituyó un problema. En este sentido resulta relevante apuntar que todas las personas que reconocen que les supuso un problema, e incluso algunas de las personas que refieren que no les supuso problema alguno, coinciden en que la aplicación de la contención mecánica les afecta más negativamente que la aplicación de otras medidas coercitivas como el aislamiento o las defensas de goma.

A pesar de que la SMPRAV cuenta con un protocolo específico que regula la aplicación de contenciones mecánicas, se preguntó a los y las profesionales si sabían de la existencia de dicho protocolo en su centro penitenciario. Llama la atención en este sentido que uno/a de las profesionales afirmara que en su centro no existe ningún tipo de protocolo para regular dicha medida. No obstante, se ha de apuntar que este/a profesional es el único o la única que afirmó no haber aplicado ni haber dado orden de que se aplique esta medida en ninguna ocasión¹⁴².

Respecto a la frecuencia con la que refieren haber tenido que aplicar u ordenar la aplicación de contenciones, la mitad de los/as profesionales afirmaron que aplicaron la medida de forma muy puntual. Cabe apuntar en este sentido, que en el caso de centros abiertos todos los/las profesionales (a excepción de aquel/la que nunca tuvo que aplicarlas) refieren que las aplicaron de forma muy puntual. Analizando de manera diferenciada los resultados de los cuestionarios cumplimentados por profesionales que trabajan en centros ordinarios, se observa cómo, pese a que sigue siendo la mayoría de ellos/as (concretamente el 42%) quienes refieren haber aplicado la medida de forma muy puntual, un 29% refiere que las aplicaron con una frecuencia mensual, y otro 29% con una frecuencia semanal.

142 Como se ha visto también anteriormente, pese a que la Circular 1/2022 a través de la que se aprobaba el mencionado protocolo, establecía la necesidad de formar a todos los profesionales penitenciarios en el mismo, los/as responsables de la SMPRAV manifestaron en el contexto de la entrevista preparada por los/as investigadores de este estudio que, hasta el momento, el proceso formativo se había llevado a cabo únicamente con los mandos intermedios, así como con el personal de nueva incorporación. Por tanto, los resultados de los cuestionarios parecen reflejar que la estrategia formativa fue más limitada aún de lo que manifestaron los/as responsables de la administración, ya que 4 de los cargos directivos/as (dos de ellos/ellas de centros abiertos y otros/as dos de centros ordinarios) refirieron que no habían recibido ningún tipo de formación en relación con el protocolo de aplicación de esta medida.

En relación al contexto en que se realizó la inmovilización, se constata que en todos los centros abiertos en los que se aplicó la medida, ésta se utilizó en módulos o departamentos diferentes a los módulos de aislamiento, enfermería y salud mental, sin que en ningún caso se concrete el espacio en que se llevaron a cabo. En cuanto al lugar en el que se aplicó esta medida en centros penitenciarios ordinarios, aunque las respuestas contemplaron diversos espacios distintos, todos/as los/as profesionales afirman haberlas llevado a cabo en departamentos de aislamiento (DERT), mientras que solo el 39% reconocen haberlas llevado a cabo en otros departamentos como departamentos de enfermería (36%), departamentos de salud mental (21,5%), u otros módulos (21,5%).

Las situaciones en las que más profesionales refirieron haber utilizado la contención mecánica es ante situaciones de autolesión o autoagresión por parte de las personas presas y las situaciones de agresión a trabajadores/as, encontrándose con que en ambos casos el 89% de los y las profesionales aludieron haber hecho uso de la citada medida. Seguidamente, se encuentran las situaciones de daños a objetos o infraestructuras con un 39% de los y las directivos que manifestaron haber abordado estas situaciones a través de la contención mecánica. La situación en la que un menor número de profesionales refieren haber hecho uso de esta medida es ante situaciones de agresión hacia otras personas presas, situación en la que solo el 33% reconoce haberla empleado. Cabe apuntar, finalmente, que un miembro de la dirección de un centro abierto afirmó haber hecho uso de una medida de contención mecánica ante el intento de un interno de salir del centro sin autorización.¹⁴³ Otra de las cuestiones por las que se les preguntó era si consideraban que las contenciones habían constituido una medida útil para abordar la situación, pregunta a la que todas y todos respondieron de forma afirmativa.

A través del cuestionario se quiso también indagar en la percepción que tenían los/as profesionales respecto a la evolución de la frecuencia con la que se utiliza dicha medida, preguntándoles si consideraban que su aplicación había disminuido, aumentado o se había mantenido estable. Pese a de que las respuestas fueron bastante variadas, una mayor parte de los/as trabajadores/as (concretamente un 47%) considera que se ha mantenido estable, un 35% que ha aumentado su uso y un 18% que se ha reducido su uso. En cuanto a los motivos esgrimidos por aquellos/as que consideran que en los últimos años ha disminuido el uso que se realiza de las contenciones mecánicas, todos coinciden en afirmar que se ha debido, tanto al incremento respecto al uso de otros métodos alternativos para abordar la situación, como al hecho de haber recibido instrucciones explícitas por parte de la administración o del equipo directivo del centro para ello. Únicamente, uno/a de las profesionales señaló, además, el hecho de que, a su parecer, había habido una disminución del tipo de situaciones que se abordan mediante dicho método coercitivo.

Finalmente, a través del cuestionario se quiso investigar sobre los métodos alternativos a la contención mecánica que se emplean en los centros penitenciarios catalanes, así como sobre la percepción que tienen los/as directivos/as de estos centros respecto a los mismos. En primer lugar, se preguntó a los y las profesionales si con anterioridad de hacer uso de la medida de contención mecánica, se había intentado abordar la situación a través de otras medidas, pregunta a la que todos los profesionales sin excepción respondieron de forma afirmativa. Resulta relevante apuntar en este sentido que, pese a que todos los y las profesionales que respondieron a estas preguntas consideran que los métodos alternativos a la contención mecánica son menos dañinos,

¹⁴³ El haber empleado un cuestionario en vez de una entrevista para aproximarnos a la realidad de estos/as profesionales nos impide aclarar si, el o la profesional se está refiriendo a medios de contención de temporalidad reducida (esposas) en lugar de a las contenciones mecánicas con correas.

tanto para la persona presa a la que se contiene como para el o la profesional que debe aplicar u ordenar la maniobra, únicamente un 33% de ellos/ellas hicieron referencia explícita a otros métodos alternativos a la contención mecánica. Aunque cada uno/a de ellos/as utilizara una terminología diferente para ello, todos/as hicieron referencia a técnicas comunicativas de desescalada (entre ellas, una mayor comunicación o interacción comunicativa, a la contención verbal, a la asertividad, al diálogo, a la desescalada o a la formación en las GAP 1). Cabría añadir en este punto la referencia que uno/a de ellos/as realiza a la coordinación e intervención interdisciplinar para el abordaje de situaciones, y a otro/a que señala el empleo de contención farmacológica con prescripción facultativa, coincidiendo todos/as en afirmar que consideraban que los nuevos métodos alternativos eran eficaces para garantizar la seguridad interna del establecimiento y de su personal.

04 LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA VASCA

4.1 La perspectiva de los/as actuales responsables de la administración penitenciaria vasca

El 1 de octubre de 2021 la Comunidad Autónoma Vasca asumió las competencias sobre los tres centros penitenciarios ubicados en su territorio. Con el objetivo de conocer la visión de la administración penitenciaria vasca se diseñó una entrevista que fue remitida a los responsables del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. La entrevista fue respondida por escrito por el responsable del programa de Análisis e Inspección de centros, Chema Bastos y por Eugenio Artetxe, durante el verano del 2023.

Tal y como se desprende del contenido de la citada entrevista, al igual que los responsables del sistema penitenciario español y catalán, los responsables de la gestión de los centros penitenciarios vascos legitiman el empleo de las contenciones mecánicas en centros penitenciarios bajo su competencia, haciendo alusión al art. 43 de la LOGP y a su Reglamento. Sin embargo, a diferencia de sus homólogos, la dirección de la administración penitenciaria vasca refiere realizar una interpretación más restrictiva del citado artículo, en la medida en que, según explican, con carácter general solo procede su empleo para evitar daños de la persona presa a sí misma o graves daños en los bienes o instalaciones, considerando que las agresiones a otras personas pueden abordarse por medio del aislamiento provisional.

Como se ha visto anteriormente, el análisis estadístico realizado en relación con la aplicación de medidas de contención mecánica en los centros penitenciarios vascos permite confirmar la afirmación realizada por los responsables de dicha administración sobre el abordaje de situaciones de agresión a otras personas presas. Sin embargo, como también se ha visto en dicho epígrafe, se constataba un empleo de medidas de contención de corta duración (mediante esposas) ante este tipo de situaciones, a las que no hacen alusión en ningún momento los actuales responsables. Se puede deducir, por tanto, que este tipo de conductas son abordadas por parte de la administración vasca con medidas de aislamiento acompañadas (al menos en ciertas ocasiones) de medidas de contención mediante esposas o grilletes.

Por otro lado, los responsables de la administración vasca afirmaron estar estudiando medidas alternativas a las contenciones mecánicas, haciendo referencia en este punto a otros medios que, tal y como ponen de relieve las pesquisas realizadas por dicha administración, se emplean en otros sistemas penitenciarios europeos (como el sueco, el australiano o el de los Países bajos).

En cuanto a los métodos alternativos a la contención mecánica que se emplean actualmente en los centros penitenciarios vascos, además de las medidas de aislamiento provisional a las que se ha hecho ya referencia, los responsables de esta administración hacen énfasis en la importancia que tienen las medidas preventivas como la observación de la población reclusa y la información. Señalan también el mandato de que desde los equipos directivos de los centros se impulse y facilite el uso de técnicas como “la escucha activa, la empatía, la valoración del problema y propuesta de alternativas, el control de los estereotipos y sus distorsiones, y solución de conflictos (ganar-ganar)”. Según explicaron, en sus protocolos de actuación la prevención de situaciones conflictivas se centra en el proceso de desescalada, y se justifica bajo la idea de que el empleo y entrenamiento de este tipo de técnicas de diálogo ayuda a mejorar el clima del módulo, así como a reducir la tensión y el nivel de crispamiento.

La contención farmacológica es otro de los métodos alternativos a la sujeción mecánica que reconocieron utilizar, precisando que se emplea únicamente en casos específicos. Según sus respuestas, cuando los incidentes regimenterales han sido causados por personas con padecimientos mentales, se lleva a cabo un procedimiento de intervención concreto. En estas situaciones se tienen en cuenta aspectos como los signos o síntomas más característicos de la enfermedad, que permiten a los y las profesionales identificarlos y modular su respuesta ante el incidente en cuestión, así como actuaciones preventivas, como la alternativa de ingreso en enfermería o la implicación de otros profesionales como psicólogos/as o sanitario/as.

Respecto a los procesos formativos del personal penitenciario en relación con este tipo de técnicas, desde la administración vasca afirmaron que la primera actividad que se llevó a cabo con los profesionales (tanto funcionarios como personal interino) tras la transferencia de las competencias en materia penitenciaria, fue precisamente un curso sobre aplicación de medios coercitivos, que incluye una unidad específica sobre la desescalada. En opinión de los responsables de dicha administración, la formación inicial y continua en técnicas de desescalada, y el abordaje terapéutico de las situaciones de conflicto, son las principales medidas para reducir el uso de los medios coercitivos.

Como se ha visto en el Capítulo 4, los centros penitenciarios vascos son aquellos en que las contenciones mecánicas se han empleado con menor frecuencia y duración. En opinión de sus responsables, esta diferencia en las cifras podría explicarse por tres motivos:

1. Por el esfuerzo realizado por los equipos directivos de sus centros para transmitir al personal de régimen los criterios de excepcionalidad y subsidiariedad de esta medida. Se trata de un hecho que, en opinión de los responsables de la administración, ha derivado en que éstos se hayan incorporado no solo a los procedimientos formales, sino también a la cultura de trabajo. En este sentido, también han considerado útil combatir las distorsiones previas que pudiera tener este colectivo de profesionales, como la idea de que la contención es una medida de respuesta que guarda relación con la gravedad del hecho, y no tanto con los fines previstos en la ley.

2. Por el hecho de que la atención sanitaria penitenciaria sea competencia del servicio autonómico de salud, que ha permitido garantizar una asistencia primaria y en salud mental adecuada, que a su vez ha propiciado el recurso a medidas de carácter terapéutico.

3. Por el tipo de abordaje que desde la administración penitenciaria vasca se realiza de las situaciones de riesgo de autolesión por parte de las personas presas, en la medida en que, según manifiestan, este tipo de situa-

ciones son las que desembocan en, la mayoría de los casos, en el uso de la sujeción mecánica. Según explican desde la administración, el abordaje de estas situaciones se realiza, en primer término, con las medidas del protocolo de prevención de suicidios, especialmente con la observación directa en condiciones de seguridad por parte de internos/as de apoyo. Atendiendo a la importancia que, en opinión de los responsables de la administración penitenciaria vasca, tiene esta figura en la prevención de estas situaciones, se ha decidido apostar por reforzarla, ofreciendo una remuneración a las personas presas que realizan dicha función, así como incluyendo dichas tareas en un currículum formativo en el ámbito de la atención a personas dependientes.

Uno de los factores que podría ayudar a explicar esta diferencia entre administraciones respecto a las cifras relativas al empleo de medidas de contención mecánica, es el hecho de que, hasta la fecha, los centros penitenciarios vascos carecen todavía de departamentos de aislamiento o régimen cerrado, por lo que las personas clasificadas en 1º grado de tratamiento, pese a tener arraigo en el País vasco, son conducidas a otras prisiones fuera de la comunidad autónoma. Los responsables de la administración vasca consideran que, a priori, este hecho podría tener una influencia en las cifras de aplicación de medios coercitivos. Sin embargo, explican que desde que se empezó a llevar a cabo el traspaso de competencias en materia penitenciaria, se ha ido trayendo a la población privada de libertad con arraigo en el país vasco que se encontraba cumpliendo condena en otras comunidades autónomas¹⁴⁴, lo que ha generado que la población penitenciaria aumentara gradualmente y, por tanto, también la conflictividad en los centros, no aumentando, sin embargo, el uso de medios coercitivos. Pese a que estos responsables son conscientes de que la futura creación de un departamento de régimen cerrado en su administración podría influir en la necesidad de esta medida, confían en que las normas de control propias del primer grado y la aplicación de una intervención intensa en los factores que explican la conducta inadaptada, les permitan mantener el uso de contenciones mecánicas en cifras mínimas.

Respecto a los protocolos que guían la aplicación de las contenciones en los centros penitenciarios vascos, la administración emitió una instrucción por la que se establecía que seguirán teniendo vigencia todas las Instrucciones y Circulares que con anterioridad a la transferencia de competencias estaban vigentes en los centros y establecimientos penitenciarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco¹⁴⁵. Por tanto, el protocolo que rige en los centros penitenciarios vascos es el desarrollado por la instrucción 3/2018 de la SGIP, empleándose los mismos instrumentos de registro y supervisión de su aplicación.

En referencia a la diferenciación entre contenciones mecánicas de tipo regimental y contenciones de tipo sanitario, los responsables de esta administración afirman que, con independencia de que la aplicación de la medida esté motivada o no por procesos patológicos, el fundamento para su aplicación es evitar daños en ambos casos. Según aclaran, en la práctica, ambos tipos de medidas se aplican en los mismos departamentos, por parte del personal de régimen interno y bajo la supervisión de personal sanitario. La única diferencia entre unas y otras radica en el hecho de que, en el caso de contenciones sanitarias, el profesional sanitario puede proponer otras opciones de carácter terapéutico, como el traslado de la persona a un hospital psiquiátrico, o la contención farmacológica.

144 Actualmente la población reclusa con arraigo en el país vasco está por encima de la capacidad operativa de los centros con los que cuenta el sistema penitenciario vasco, por lo que no podrá completarse este proceso hasta la apertura del nuevo centro de Zubieta.

145 Instrucción 1/2021 de la Dirección de Justicia del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, relativa a la aplicación del “Manual de Gestión Penitenciaria” en los Centros y Establecimientos Penitenciarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Según emerge de la entrevista, la aplicación de toda medida de sujeción mecánica en los centros penitenciarios vascos se comunica a los servicios centrales para su análisis y a los diferentes profesionales de los Equipos técnicos para intentar un abordaje terapéutico del comportamiento violento. Con independencia de que la medida de contención sea considerada regimental o sanitaria, todas las situaciones de contención son analizadas en primer término por el Consejo de Dirección en el que están integrados el personal sanitario de atención primaria y de salud mental. Asimismo, se valora también por el equipo técnico del centro, por la Unidad de Atención Primaria y el Centro de Salud Mental. Este hecho constituye una importante diferencia respecto al protocolo que se sigue en el contexto de los centros penitenciarios españoles y catalanes, donde, si se recuerda lo señalado anteriormente, los equipos responsables de analizar la aplicación de cada medida de contención mecánica y, por tanto, de formular valoraciones respecto a su pertinencia y recomendaciones de cara a la prevención de nuevos episodios, no están integrados en ningún caso por profesionales sanitarios.

En cuanto a los planes de trabajo individualizados que se desarrollan con las personas privadas de libertad que presentan una mayor probabilidad o tendencia a ser objeto de aplicación de esta medida, los responsables de la administración vasca afirman que el destino a Módulos de Convivencia y Participación ha resultado ser especialmente útil en la mejora conductual de alguna de estas personas.

Finalmente, respecto a la comunicación en relación con la aplicación de la medida a los JVP, los responsables de la administración vasca reconocen que, pese a que ésta se realiza inmediatamente una vez aplicada la medida, el criterio de restringir su duración hace que el JVP tenga conocimiento una vez levantada. En cuanto a las respuestas que reciben por parte de estos juzgados, explican que éstos dictan resoluciones en las que, además de dar acuse de recibo, se realiza un pronunciamiento sobre el ajuste al derecho de la medida tomada.

05 LAS OPINIONES DE LOS/AS LETRADOS/AS PERTENECIENTES A LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN JURÍDICA PENITENCIARIA (SOJP)

A continuación, se expondrán las perspectivas y experiencias sobre la práctica de las contenciones mecánicas de los/as abogados/as pertenecientes al Servicio de Orientación Jurídica del ámbito penitenciario. Para la obtención de estos datos, debido a la dispersión de estos profesionales, se optó por realizar dos cuestionarios online (muy parecidos) con el objetivo de divulgarlos entre los/as letrados/as del Servicio. Los cuestionarios constaron de un total de 12 preguntas (algunas con distintos subapartados) que pretendían indagar en cuestiones como las experiencias y dificultades vividas durante la experiencia profesional en casos referentes a mala praxis en contenciones mecánicas, hasta la opinión sobre el fundamento jurídico de este fenómeno. Contestaron 23 letrados/as del SOJP operativo en centros penitenciarios dependientes de la AGE¹⁴⁶ y 9 abogados/as pertenecientes al SOJP catalán.¹⁴⁷

Respecto a la experiencia de si habían prestado sus servicios o habían tenido conocimiento de situaciones de personas privadas de libertad que hubieran sido sometidas a contención mecánica, el 73,9% de los/as letrados/as de que trabajan en el ámbito de la SGIP respondieron de manera afirmativa,

¹⁴⁶ El guion del cuestionario enviado a los letrados del SOJP que trabajan en el ámbito de la SGIP se puede consultar en el siguiente enlace: <https://docs.google.com/forms/d/1b0fMx-laDMbbzqYAQSpdJjBUDE2LISDfgUCb-IMmJTNO/prefill> (consultado el 02.08.23).

¹⁴⁷ El guion del cuestionario enviado a los letrados del SOJP que trabajan en el ámbito de la SMPRAV se puede consultar en el siguiente enlace: <https://docs.google.com/forms/d/1P7rX-Ci6U4xu8pjn3ubkoQcNX0ALntUyw84FcIXDsMP4/prefill> (consultado el 02.08.23).

mientras que los/as abogados/as que prestan sus servicios en las prisiones catalanas, fueron el 55,6% quienes afirmaron haber tenido algún contacto con dicha situación. En referencia al tipo de contenciones (regimental, sanitaria o ambas) sobre las que actuaron o fueron consultados/as, la mayoría de los/as letrados/as afirmaron haber intervenido en casos de contenciones mecánicas de ambos tipos (el 50% en el contexto de la SMPRAV y el 64,7% de los/as que actúan en las prisiones de la SGIP). Además, un 25% de los abogados que prestan sus servicios en las cárceles dependientes de la SMPRAV afirmaron haber intervenido únicamente en casos de contenciones sanitarias, y el otro 25% afirmó haber intervenido únicamente en casos de contenciones regimentales. Respecto al ámbito de la SGIP, el 29,4% de los letrados encuestados afirmó haber intervenido únicamente en casos de contenciones regimentales, mientras que sólo el 5,9% afirmó haber trabajado únicamente en casos de contenciones mecánicas de tipo sanitario.

Respecto a los perfiles y rasgos que comparten las personas presas que son sometidas a esta práctica, en primer lugar, se preguntó a los/as letrados/as de manera abierta que nombraran las características que creían que compartía dicha población, destacando como característica mayoritaria (60%) la presencia de padecimientos mentales. En menor medida, fueron indicados también otros factores, como la agresividad/conflictividad, el sometimiento a un régimen de aislamiento, la tendencia autolítica o la drogodependencia. De hecho, al ser preguntados/as explícitamente si creían que la presencia de patologías mentales tenía relación con la aplicación de sujeciones mecánicas, el 100% de los/as letrados/as de la AGE respondieron de manera afirmativa, mientras que los/as letrados/as catalanes lo afirmaron en un 87,5%. Estas respuestas se complementan con las respuestas dadas por los/as trabajadores/as penitenciarios/as nombradas antes, especialmente en los centros de la SGIP, donde, casi el 80% de éstos/as afirmaron haber realizado contenciones en los módulos de enfermería, lugar en el cual se alojan gran parte de las personas con enfermedades mentales. Por otro lado, ante la pregunta explícita de si creen que existe una relación entre la aplicación de esta medida y estar sometido a régimen cerrado, las respuestas afirmativas fueron del 95,5% y del 87,5% en los/as abogados/as que operan en cárceles estatales y en los/as de los centros penitenciarios catalanes, respectivamente. Una vez más quedan reforzadas pues, las experiencias compartidas por los trabajadores penitenciarios.

En referencia a la naturaleza jurídica de la medida, se preguntó a los/as letrados/as si, en su opinión, la contención mecánica supone una vulneración del principio de legalidad, al no estar contemplada explícitamente en el art. 72 RP, y si, por su afectación a diversos derechos fundamentales, podría suponer también la quiebra del principio de reserva de ley. Respecto a la primera, la mayoría de los/as letrados/as respondió afirmativamente (75% en la SGIP y 66,6% en la SMPRAV), encontrando también respuestas con algún matiz, como la reflexión de que “la referencia a las esposas en la normativa abre la puerta al discurso de que las sujeciones mecánicas es un método menos lesivo”, o la opinión de que “cada caso es singular y debería de analizarse por separado”, o de que “puede ser un tratamiento para la enfermedad en un momento en que no se disponga de otras medidas”. Respecto a la posibilidad de que pueda suponer una vulneración del principio de reserva de ley, los/as letrados/as también fueron rotundos en la respuesta afirmativa (76,19% en la SGIP y 87,5% los que trabajan en el ámbito de la SMPRAV).

Al ser preguntados/as si, desde un punto de vista jurídico, la contención mecánica supone un acto médico, regimental o ambos, los/as letrados/as del SOJP a nivel nacional respondieron en un 47,8% que se trata de una medida exclusivamente regimental, mientras que el 34,8% respondió que se trata de ambas cosas, y únicamente el 17,4% respondió que la consideran un acto

médico. Las respuestas de los/as letrados/as de las prisiones catalanas se repartieron a partes iguales en un 33,3% entre las tres opciones. Al ser preguntados/as por los motivos de esta opinión,¹⁴⁸ las respuestas fueron muy variadas; algunos/as letrados/as respondieron que se trata de un acto exclusivamente regimental lo argumentaron con respuestas como:

- “Considero que son castigos encubiertos”.
- “Ante una situación incontrolable para los funcionarios, directamente pueden acudir a la sujeción mecánica sin necesidad de previa autorización o consulta médica”.
- “Control de situaciones por personas no capacitadas para afrontarlas de otras formas o con otros medios, como mediante la contención verbal”.
- “Es cierto que, en el ámbito hospitalario, a enfermos mentales, también se aplican, pero terminan siendo un sistema de control, advertencia y sumisión”.
- “Médicamente no hay razones para atar mediante contenciones mecánicas a una persona. Si tiene patologías mentales debe seguir un tratamiento. Me parece una medida que roza la tortura, que no solventa problemas y que sirve para medir poder”
- “Se da en situaciones de sometimiento y falta de visibilidad”.

Los/as que respondieron que es un acto médico lo argumentaron con opiniones como:

- “Es una medida que necesita la preceptiva autorización médica o psiquiátrica”.
- “Debería ser un instrumento únicamente para administrar medicación en casos extremadamente graves”.
- “Bajo mi punto de vista, únicamente se debería poder utilizar como acto médico ante situaciones en las que el preso/a se pudiera hacer daño a si mismo/a. Su utilización debería ser como última alternativa y durante el menor tiempo posible. Nunca debería de utilizarse como castigo”.
- “Es un término utilizado científicamente”.
- Quienes la consideraron como un acto a la vez regimental y médico ofrecieron los siguientes argumentos:
 - “Puede ser ambas cosas. Desde el momento en que los sistemas son utilizados en centros médicos ajenos al sistema penitenciario, no puede considerarse como un recurso exclusivamente regimental. Aunque puede estar indicado su uso por motivos exclusivamente regimentales, en algunos casos, y exclusivamente médicos en otros, aun en un centro penitenciario”.
 - “Es una forma de controlar la violencia”.
 - “Acto médico será cuando la contención mecánica venga exigida para proteger vida o salud del afectado por la contención y medida regimental cuando se aplica excepcionalmente y cuando no exista otra medida para finalizar una situación peligrosa para el afectado o terceros (reclusos o fun-

148 Pregunta 4: “Desde un punto de vista jurídico, ¿cómo definiría la contención mecánica?” (acto médico, medida exclusivamente regimental o ambas cosas). Pregunta 4.1: “¿Cuáles son los argumentos que motivan su respuesta?” (Respuesta abierta).

cionarios). En ambos casos su utilización debe ser cuando no sea posible la utilización de otras medidas menos gravosas y por el tiempo mínimo indispensable, nunca debería superar una hora”.

— “Debería ser exclusivamente por necesidad médica, pero se usa también como castigo”.

— “Autodefensa y seguridad de todos internos y funcionarios del centro”.

— “Se usa tanto para reprimir presos violentos como enfermos”.

También se quiso averiguar si, desde su experiencia, los/as letrados/as consideran que la contención mecánica se suele utilizar como medida de última ratio. Respecto a esta cuestión hay discrepancia entre los/as abogados/as que trabajan en el ámbito de la SGIP y los/as que trabajan en el de la SMPRAV, puesto que entre los primeros únicamente respondieron afirmativamente el 33,3%, mientras que los/as del sistema penitenciario catalán respondieron en un 55,6% que sí. No obstante, respecto a la pregunta de si se habían aplicado otras medidas alternativas de desescalada previas a la contención en los casos que ellos/as han podido conocer, los/as letrados/as de ambas administraciones respondieron en más de un 70% que no tienen constancia de que se apliquen estas medidas. Pese a que la mayoría de los/as abogados/as que identificaron medidas de desescalada afirmaron que fue verbal, hubo 3 respuestas en los abogados que trabajan en el ámbito de la SGIP que mencionaron el aislamiento provisional o la contención farmacológica.

Respecto a la duración de las contenciones, las respuestas han sido variadas; aunque la mayoría giran en torno a que este elemento se desconoce con exactitud, algunas respuestas hablan desde horas hasta días enteros, incluso cuando el conflicto se ha solventado y la persona sujeta ya se encuentra en estado de tranquilidad. La falta de exactitud referente al tiempo de duración de la contención puede deberse también a que los testimonios de los/as afectados/as que reciben los/as letrados/as a veces son inexactos, debido a que durante el transcurso de la sujeción y el estado de agitación muchos/as afectados/as suelen perder la noción del tiempo. Por otro lado, en muchas ocasiones los testimonios que reciben estos/as profesionales son de familiares y/o terceras personas, perdiéndose así muchos detalles.

Uno de los mayores problemas que encuentran los/as abogados/as a la hora de intervenir en casos y denuncias relativas a las contenciones mecánicas es la obtención de las grabaciones. Ante la pregunta de si se constata la regular grabación de las contenciones y el relativo almacenamiento por parte de la dirección del centro penitenciario, los/as abogados/as coinciden en un 80% en que normalmente no, o nunca, se realiza esta acción. Esta situación se agrava cuando intentan solicitar que se guarden o tener acceso a las mismas; en el caso de los/as letrados/as que trabajan en el ámbito de la SMPRAV ascienden a un 80% las respuestas negativas (el 60% nunca lo consiguen y el 20% normalmente no, frente al 20% que afirma que, normalmente, sí lo consigue), mientras que la totalidad de los/as letrados/as que tratan casos de la SGIP ha respondido negativamente (el 52,9% nunca lo consigue, y el 47,1% normalmente no).

Las experiencias de los/as abogados/as en torno al papel que juegan los/as funcionarios/as y los/as profesionales sanitarios/as en los controles e intervenciones que se deben realizar durante estas prácticas tampoco son positivas. Respecto al ámbito sanitario, más del 60% de estos/as profesionales

considera que los controles médicos¹⁴⁹ normalmente no se realizan de manera adecuada, tanto en la administración central como en la catalana. Una opinión parecida se tiene respecto de la calidad de los partes médicos, puesto que, en la administración central únicamente el 33,3% de los/as abogados/as considera que estos partes se rellenan de manera adecuada, hecho que se baja hasta el 16,7% en la administración catalana.

Respecto a la documentación en los registros pertinentes, a pesar de las numerosas indicaciones recogidas en la *Guía* del MNP, únicamente el 20% de los/as letrados/as considera, con independencia de la administración, que normalmente sí que se documentan debidamente dichos libros de registro, frente a un 60% que considera que normalmente no, y un 20% que afirma que nunca se realizan debidamente.

Ante la petición abierta de que detallasen en qué consiste el control llevado a cabo por los JVP en relación a casos de aplicación de la contención mecánica, a pesar de que se han dado casos de opiniones favorables, la mayoría de las respuestas han girado en torno a que suele ser un mero trámite burocrático de aceptación de los informes aportados por el centro penitenciario. Algunas de las respuestas son¹⁵⁰:

- “Supervisión de las causas, del tiempo y revisión de la documentación aportada por el centro”.
- “Analizar los documentos obrantes en el expediente penitenciario y decidir en base a ello”.
- “Control de la burocracia llevada por la prisión”.
- “Dar el visto bueno sin mucha investigación de lo sucedido”.
- “Suelen recibir el expediente y dan el visto bueno. No suelen recabar documentación complementaria y no me consta el control temporal que hacen”.
- “Si el interno llega a denunciar se limita a pedir informes al centro”.
- “Los juzgados de vigilancia aceptan siempre lo formulado por la dirección de los centros penitenciarios”.
- “Validar automáticamente la actuación de la cárcel”.
- “Son objetos de simple comunicación”.
- “A supervisar que el protocolo de aislamiento se cumpla. No entran a valorar si pudiera haberse aplicado otras medidas menos gravosas”.

En referencia a las irregularidades que se han encontrado con más frecuencia, al plantearlo como una pregunta de respuesta abierta, surgieron diferentes respuestas, las cuales se agruparon en torno a las temáticas principales que fueron nombradas. La irregularidad a la que más hicieron alusión los/as letrados/as fue la falta de transparencia y una documentación insuficiente o incorrecta (tanto la referente a los libros de registro como a la aportada por el

149 Según la *Guía* del MNP, el médico debe documentar, entre otros aspectos, “el relato de la persona, las lesiones observadas y el juicio de compatibilidad o plausibilidad del relato y las lesiones, de acuerdo con las directrices del Protocolo de Estambul y el estudio del Defensor del Pueblo Los partes de lesiones de personas privadas de libertad”.

150 Pregunta 9: “¿Podría detallar en qué consiste el control llevado a cabo por los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria en mérito a casos concretos de aplicación de la contención mecánica?” (Respuesta abierta).

personal sanitario). La segunda objeción que se identificó con más frecuencia fue la desproporcionalidad, tanto en relación con la rapidez con la que se aplica la medida (pasando por alto el uso de otros métodos menos lesivos como la desescalada verbal), como en el tiempo de contención (llegando éste a durar, en alguna ocasión, incluso más de 24 horas). En tercer lugar, los/as letrados/as de los SOJP se quejaron de la cantidad de casos que atienden de personas con enfermedad mental que son sometidas a estas prácticas con relativa frecuencia. En este punto cabe destacar de nuevo que, al margen de si la contención es de carácter regimental o sanitario, en la práctica se realizan las mismas acciones y suponen las mismas amargas sensaciones en los/as internos/as, que muchas veces ni siquiera llegan a saber o comprender si la medida ha sido una medida sanitaria o regimental. La cuarta respuesta mayoritaria fue, en concordancia con lo anteriormente nombrado, la falta de control y respuestas por parte de los JVP. Finalmente, también se hizo mención, en menor medida, a otros aspectos como la falta de higiene, las temperaturas inadecuadas o abuso de autoridad por parte de quien las ejecuta.

Volviendo al ámbito de la práctica jurídica, frente a eventuales irregularidades lamentadas por las personas presas que contactan con los SOJP, se preguntó a esos últimos cuáles son los recursos a disposición que tienen los/as letrados/as.¹⁵¹ Algunas respuestas tuvieron un fuerte carácter pesimista; diversos letrados/as respondieron rotundamente “ninguno”, y otros/as tantos/as hicieron referencia al temor de los/as internos a denunciar, debido a posibles represalias posteriores. Sin embargo, la mayoría de las respuestas giraron en torno a dos aspectos: insistir en las denuncias ante los JVP (a pesar de las limitaciones de su actuación) y contactar, ya sea de manera informal o a través de queja formal, con las direcciones de los centros, así como con las instancias nacionales e internacionales de defensa de los Derechos Humanos. En concreto, Algunas de las respuestas literales fueron:

- “Ninguno más que denunciar a través de los organismos oportunos”.
- “Diría que prácticamente ninguna.
- “Se puede hablar con los médicos, advertir al centro penitenciario de la situación de la persona privada de libertad, gestionar designación de Abogado del Turno de Oficio para denunciar, facilitar la denuncia en el Juzgado de Guardia si la persona privada de libertad lo desea”.
- “Recurso administrativos, judiciales y Defensor del Pueblo”.
- “Queja ante la Dirección, queja ante el JVP, queja ante el Mecanismo de Prevención de la Tortura del Defensor del Pueblo y ante Organismos Internacionales, en su caso”.
- “No suelen contactar con el soj por temor a represalias. El SOJ debería ser más reivindicativo en este aspecto. Mucho más. En cuanto a cumplimiento de permisos, cambios de grado. traslados, etc. Tener más accesibilidad a la normativa y a la actuación interior como garante de derechos. y activar a fiscalía y a JVP”.
- “Muchas veces aconsejar no denunciar por la muy probable denuncia contra las personas presas por parte de los funcionarios que, esta sí, prosperaría ante los órganos judiciales”.

151 Pregunta 12.1: “A dicho propósito, frente a eventuales irregularidades lamentadas por las personas presas que contactan con el SOJ, ¿cuáles son los recursos a disposición de los/as letrados/as del SOJ?” (Respuesta abierta).

Siguiendo con las actuaciones judiciales, se les pidió también que identificasen las dificultades más comunes a las que se enfrentan en casos de personas privadas de libertad que alegan vulneraciones de derechos en el marco del sometimiento a una medida de contención mecánica. La respuesta mayoritaria, aunque la pregunta fue formulada para responder de manera abierta, fue muy clara: la falta y dificultad en la obtención de pruebas, tanto documentales como audiovisuales, aludiendo también otras respuestas (en menor medida), a la falta de mecanismos de supervisión de los JVP y la aceptación automática de la versión de los centros penitenciarios, la lentitud en las investigaciones y el miedo de las personas presas a denunciar por temor a represalias.

En base a todos estos problemas planteados, se preguntó a los/as letrados/as sobre si, en base a su experiencia profesional, consideraban que se cumplían las pautas establecidas en la normativa en vigor sobre la materia y en la *Guía* del MNP. Las respuestas sobre el respeto a las pautas dictadas por las administraciones penitenciarias fueron en su mayoría negativas (alrededor del 70%). En referencia al respeto de las pautas dictadas en la *Guía* del MNP, las respuestas, aunque similares, variaron ligeramente, dando un porcentaje del 37,5% en el ámbito de la SMPRAV, mientras que en el ámbito de la SGIP únicamente fue el 22,2% los/as que respondieron que sí se respetan dichas pautas.

Para terminar, los/as letrados/as fueron preguntados/as, de forma abierta, por aspectos sobre posibles vulneraciones de derechos fundamentales en el marco de las medidas de contención mecánica. Sobre este tema, la primera pregunta versó sobre los supuestos en los que la contención mecánica regimental puede suponer la vulneración de los derechos de las personas privadas de libertad, a los que los letrados respondieron, en su mayoría, que este acto supone una vulneración de derechos cuando no se realiza como medida de última ratio, cuando supone una medida de castigo en lugar de una medida de desescalada de violencia, y/o cuando se aplica en casos en que no existe realmente riesgo para la vida o la integridad física de nadie. Otras respuestas más minoritarias aludieron a la falta de cumplimiento de recomendaciones y/o protocolos, otra minoría a tener en cuenta fue la de los/as letrados/as que refirieron que la contención mecánica regimental supone *per se* una vulneración de derechos. Seguidamente, se les preguntó por los derechos que, a su juicio, resultan más afectados durante esta práctica, dando como resultado mayoritario, casi unánime, la afectación a la dignidad y a la integridad física y moral.

Finalmente, el cuestionario incluyó una pregunta de respuesta abierta que buscaba averiguar la opinión de estos/as profesionales respecto a la cuestión general de que las contenciones en los centros penitenciarios españoles y catalanes han sido y son objeto de especial atención por parte de diversos mecanismos de defensa de los derechos humanos tanto de ámbito nacional como internacional, por considerar que las mismas pueden llegar a suponer un trato inhumano o degradante¹⁵². Ante ello, las soluciones propuestas por algunos/as letrados/as han sido que se aumenten los controles verdaderos y efectivos por parte de los JVP y de los organismos de defensa de los derechos fundamentales e, incluso, que se valorara la explícita prohibición de esta práctica.

152 Pregunta 11: “Las medidas de contención en los centros penitenciarios españoles han sido y son objeto de especial atención por parte de diversos mecanismos de defensa de los derechos humanos tanto de ámbito nacional como internacional, como el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura o el Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa, por considerar que las mismas pueden llegar a suponer un trato inhumano o degradante; ¿cuál es su opinión al respecto?” (Respuesta abierta).

06 LA VISIÓN DE LAS ENTIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Con el fin de contar con el punto de vista de todos los agentes involucrados en este fenómeno, se envió un cuestionario *ad hoc* también a algunas entidades de la sociedad civil que trabajan con personas privadas de libertad. Para ello, además de contar con la red de entidades de la sociedad civil en Catalunya con las que se tienen contacto directo y continuo desde el OSPDH, se enviaron tres cuestionarios distintos según las entidades: uno con cuestiones generales sobre opiniones y experiencias en torno a la práctica de la sujeción mecánica, un segundo en referencia a las posibles vulneraciones en el ámbito sanitario y un tercero referente al campo jurídico. Las entidades que respondieron a dichas entrevistas fueron:

ENTIDAD	CUESTIONARIO
Salhaketa Nafarroa	General, Jurídico, Sanitario
Oteando	General, Jurídico, Sanitario
Red Jurídica	Jurídico

6.1 Cuestiones relacionadas con el ámbito jurídico

Respecto al ámbito jurídico, el cuestionario fue similar al enviado a los/as letrados/as del SOJP, ligeramente más breve y con respuestas de carácter más abierto. En referencia al principio de legalidad, al no ser la contención mecánica recogida explícitamente ni en el art. 45 de la LOGP ni en el art. 72 del RP, todas las entidades consultadas coincidieron en afirmar que supone una vulneración de dicho principio. Además, destacando la respuesta de Red Jurídica, se desata la duda respecto a las contenciones sanitarias, ya que, “se puede aplicar de manera subsidiaria la legislación o las circulares en materia sanitaria. En este sentido, cabe destacar la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, que detalla en qué casos se puede utilizar”, entendiendo que no siempre se siguen las pautas de dicha Instrucción.

A la pregunta sobre el nivel de utilización de las contenciones mecánicas en relación a otros medios coercitivos y medidas de desescalada, las entidades coinciden en que no siempre se utilizan como medida de última ratio, sino que, en muchas ocasiones, se aplican ante comportamientos calificados de “extraños” por los/as funcionarios/as en situaciones de nerviosismo (pero no de violencia). El hecho de no haberse utilizado como medida de última ratio suele ser el elemento que motiva la interposición de denuncias penales. Además, también afirman que en ocasiones se utilizan como castigo sistemático frente a situaciones concretas. Respecto a las medidas utilizadas antes de la contención, las entidades han destacado, más que la contención verbal, el uso de la fuerza física y el aislamiento provisional; medios poco nombrados por los funcionarios/as.

Sobre los elementos y procedimientos que rodean la práctica de la sujeción mecánica¹⁵³, la visión de estas entidades es tendente al pesimismo. Según éstas el tiempo de duración se considera excesivo en la mayoría de los casos; tampoco pueden constatar la regular grabación de las mismas, ya que nunca se les da acceso (en algunas ocasiones por la negativa de los tribunales y en otras porque cuando la persona decide denunciar la mala praxis, ya se han borrado los vídeos, según argumenta una entidad en particular). Respecto a los partes médicos y de lesiones, así como al control llevado a cabo en los libros de registro, todas/as los/as abogados/as de las entidades relatan que son poco detallados y/o insuficientes.

Sobre el control de los procedimientos por parte de los JVP¹⁵⁴, las entidades consultadas coinciden en señalar que los controles suelen ser generalmente laxos, basados en la mera aceptación de los informes presentados por los centros penitenciarios, debido, entre otros aspectos, a que en muchas ocasiones la comunicación a los JVP se realiza posteriormente a la finalización de la inmovilización (a veces varios días después), impidiendo así un control efectivo del proceso.

En referencia a las eventuales irregularidades¹⁵⁵ que puedan cometerse durante dichos procedimientos de contención, debido a las escuetas explicaciones que les llegan de los informes médicos y libros de registro, los/as letrados/as únicamente cuentan con los relatos de las propias personas, pero señalan con especial preocupación que esta medida se aplica sin tener en cuenta la situación de salud física y mental de las personas sobre las que se aplica.

Respecto a los recursos disponibles¹⁵⁶ ante estas posibles irregularidades durante las aplicaciones de contenciones mecánicas, las respuestas no difieren excesivamente de las de los/as abogados/as del SOJP, pero en estos casos disponen todavía de menos herramientas, destacando como una de las principales las quejas al Defensor del Pueblo. Como afirma Red Jurídica: “Los recursos de los que disponemos son muy limitados. Frente a las alegaciones de nuestro mandante, que considera que ha visto sus derechos limitados o vulnerados, la Administración penitenciaria o sanitaria formula alegaciones, suscritas por un profesional, que alega que lo que ocurrió fue, en su opinión técnica-científica, necesario, útil y proporcionado. Y frente a estas alegaciones resulta muy difícil que el Juzgado nos dé credibilidad y no se ponga de parte de los denunciados.”

153 Pregunta 5 y derivadas: “En concreto, respecto de la aplicación material de la medida;

a) ¿Cuál es la duración aproximada de la inmovilización?

b) ¿Se constata la regular grabación de las contenciones mecánicas - y el relativo almacenamiento - por parte de los centros penitenciarios españoles? En mi caso, no.

c) ¿Para los/as letrados/as de su entidad es fácil acceder a dichas grabaciones?

d) ¿El control médico se suele realizar de manera adecuada? En mi opinión, no. Un médico se limita a decir que se están cumpliendo las garantías, pero no existen otros medios de control.

e) ¿Se cumplimentan de manera pertinente, por parte de los profesionales médicos, los partes médicos y los partes de lesiones?

f) ¿Se suelen documentar debidamente en los registros todos los elementos relativos a la aplicación de la contención mecánica?”.

154 Pregunta 6: “¿Podría detallar en qué consiste el control llevado a cabo por los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria en mérito a casos concretos de aplicación de la contención mecánica?”.

155 Pregunta 9: “¿Podría explicar cuáles son las irregularidades que se producen con más frecuencia en el marco de la aplicación de las contenciones mecánicas?”.

156 Pregunta 9.a: “A dicho propósito, frente a eventuales irregularidades lamentadas por las personas presas que contactan con su entidad, ¿cuáles son los recursos a disposición de sus letrados/as?”

Al ser preguntados por las dificultades que se encuentran ante casos de personas privadas de libertad que alegan vulneraciones de derechos durante esta práctica¹⁵⁷, las respuestas también fueron similares a las del SOJP, destacando, por un lado, la dificultad en la obtención de pruebas debido a los escuetos informes aportados por las administraciones y a los relatos a veces desordenados aportados por los/as afectados/as debido al shock que conlleva la medida y, por otro lado, el miedo de las personas a denunciar por las posibles represalias, así como un indudable factor económico y de clase social, que dificulta o impide costear una buena defensa, y la contratación de peritos independientes.

Finalmente, al ser preguntados sobre en qué supuestos la práctica de la contención mecánica regimental puede suponer una vulneración de los derechos de las personas privadas de libertad y qué derechos creen que pueden ser vulnerados, así como su opinión acerca de que esta práctica pueda suponer un trato cruel, inhumano y degradante¹⁵⁸, todas las entidades coincidieron en apuntar que la contención mecánica de carácter exclusivamente regimental supone siempre, y a pesar de no existir una intención dolosa por parte de quien la aplica, una vulneración del derecho a la dignidad y a la integridad física y psíquica, así como al derecho a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes. Algunas organizaciones han precisado, incluso, que la posición de los organismos internacionales es ligeramente laxa, debiendo abogar por la total prohibición de las mismas.

6.2 Cuestiones relacionadas con el ámbito sanitario

Respecto al ámbito de la salud (y especialmente al de la salud mental), se preguntó a las entidades sobre, según su experiencia y/o percepción, las diferencias materiales y prácticas entre las contenciones mecánicas de carácter regimental y las de carácter sanitario en las prisiones. A pesar de no contar con experiencias concretas (puesto que los testimonios que les llegan no especifican si son de un tipo u otro), deducen que las diferencias son pocas, si acaso el lugar donde se realizan, entendiendo que las regimentales se llevan a cabo en los módulos y las sanitarias en las enfermerías. Respecto al control médico, los relatos de las entidades también son pesimistas en cuanto a los tiempos y modos en que se realizan, calificándolos, a grandes rasgos, de insuficientes, y en ocasiones limitados a la inyección forzosa de medicación relajante.

En la Instrucción 3/2018 de la SGIP se hace referencia a la necesidad de avisar a los/as profesionales de la salud con el fin de valorar si existe impedimento clínico para la aplicación de la sujeción mecánica, así como la exploración posterior a la descontención, y la necesidad de un informe médico y parte de lesiones que han de enviarse a los JVP tras la comunicación de la aplicación de la sujeción. Sin embargo, no se especifica en qué debe consistir dicho control y, además, tampoco se hace alusión alguna a la supervisión u otro tipo de participación de profesionales de la salud específicamente mental durante la aplicación de las contenciones mecánicas. Al ser preguntados por la opinión que merece esta ausencia y los posibles motivos que la llevan a cabo, las entidades respondieron que, efectivamente, la participación de estos profesionales debería ser imprescindible, considerando que los motivos de dicha ausencia se deben a la “excusa” de la escasez de presupuesto y médicos, así como a la poca importancia que se le da a la salud mental en el sistema sanitario en general - y en las prisiones en particular- así como a una supuesta

157 Pregunta 9.b: “¿Cuáles son las mayores dificultades a las que se enfrenta en cuanto profesional del Derecho ante casos de personas privadas de libertad que alegan vulneraciones de derechos en el marco del sometimiento a una medida de sujeción mecánica?”

158 Tal y como afirma la misma *Guía* del MNP, si no se cumplen las condiciones allí recogidas, extraídas, a su vez, de los distintos protocolos internacionales.

poca trascendencia que se le da a esta práctica, que, por otro lado, supone en muchas ocasiones un shock emocional para quien las padece.

Ante la pregunta sobre cómo pudiera influir esta participación en los procesos de contención mecánica, las entidades coinciden en afirmar que su presencia sería fundamental, añadiendo algunas que, además, debería servir para reducir su aplicación y/o duración. No obstante, este hecho se ve dificultado por la falta general de profesionales de la salud mental en el sistema penitenciario.

Sobre la experiencia específica de estas entidades respecto a las afecciones de la salud mental, a pesar de saber que en ocasiones sí que se realizan contenciones mecánicas a personas con padecimientos mentales graves, no se tiene constancia de que se avise a profesionales de la salud mental cuando éstas se proponen y ejecutan. Por otro lado, al ser preguntadas sobre si las contenciones mecánicas son respetuosas con las personas con padecimientos mentales, las respuestas son esencialmente negativas.

6.3 Cuestiones generales

Respecto a las cuestiones más generales, se preguntó abiertamente a estas entidades si, según su experiencia profesional, se respetan las pautas recogidas, tanto en la Instrucción 3/2018 de la SGIP como en la *Guía* del MNP.

En primer lugar y en relación con el tipo de lugar donde se aplican las contenciones, tanto regimentales como sanitarias, se constata, generalmente, la existencia de salas habilitadas para esta práctica en las fichas de seguimiento de las visitas realizadas por el MNP a los distintos centros penitenciarios; no obstante, según la asociación Salhaketa Nafarroa, en la prisión de Pamplona, dados los módulos abiertos existentes y la inexistencia de módulo de primer grado, se cree que las contenciones regimentales podrían realizarse en la misma celda si la persona vive sola, o, en su defecto, en el módulo de ingresos. Respecto a las contenciones sanitarias, se cree que se realizan en la enfermería del centro en el caso de los hombres, y en el módulo de mujeres o en la misma enfermería en el caso de ellas. Sobre la infraestructura e equipamientos - aspectos bien detallados en la *Guía* del MNP - las entidades de la sociedad civil no tienen constancia clara de su adecuación, debido, como se ha determinado en el apartado anterior relativo a los/as letrados/as del SOJP, a la imposibilidad de acceso a las grabaciones; sin embargo, si se repasan las visitas realizadas por el MNP a los distintos centros, se puede comprobar que estas salas no siempre cumplen con todos los estándares necesarios para esta práctica.

En el procedimiento de dicha práctica, como ya se ha mencionado con anterioridad, toman especial relevancia las maniobras previas de desescalada, la explicación por parte de los/as funcionarios/as a los/as internos/as sobre la medida que se les va a aplicar y la formación del personal penitenciario para llevarlas a cabo. A pesar del esfuerzo de las direcciones generales sobre este tema, parece ser que la formación recibida por los/as funcionarios/as no siempre es la correcta, o éstos/as no la interiorizan y llevan a la práctica suficientemente, ya que las desescaladas no siempre se llevan de manera adecuada. A este resultado se suman los testimonios que llegan a estas entidades por parte de las personas presas, que afirman que no siempre se realizan las maniobras y que, incluso, se habla de determinados/as funcionarios/as que tienden a abusar de la inmovilización, aplicando, además, excesivo uso de la fuerza al realizarlas.

En cuanto a las características comunes de las personas privadas de libertad sometidas a contención mecánica, según la experiencia de estas entidades, todas habían sido sometidas a un régimen de aislamiento (muchas veces pro-

longado). En el mismo sentido, estas entidades coinciden en que, si bien en menor medida que el aislamiento, muchas de las personas que son sometidas a contención mecánica (siendo indiferente si la contención es de tipo regimental o sanitario) sufren algún tipo de padecimiento mental.

Respecto del tiempo de duración de las contenciones las entidades consideran que generalmente es demasiado elevado y sobrepasa con creces el tiempo que dura el estado de alteración de la persona presa y el conflicto que lo causa. En relación con las necesidades de hidratación, alimentación y fisiológicas básicas, al ser preguntadas explícitamente sobre ello, según la experiencia de las entidades interpeladas, resulta que dichas necesidades no se suelen respetar.

Sobre lo que ocurre posteriormente a la inmovilización, según la experiencia de estas entidades, no se suele regresar de grado a las personas a las que se les aplica. No obstante, como ya ha quedado claro a lo largo del informe, muchas de las personas que son sometidas a contención mecánica ya se encontraban en régimen de aislamiento, por lo que probablemente el sometimiento a contención contribuye a fundamentar la permanencia en régimen cerrado. Respecto a la necesidad recogida en la Instrucción 3/2018 y en la Circular 1/2022 de avisar a los equipos técnicos de que la persona presa ha sido sometida a sujeción mecánica y el posterior análisis de los motivos que motivaron la aplicación de la medida con el fin de intentar un abordaje terapéutico, las entidades desconocen si realmente se realiza.

Respecto a su opinión como entidades, se preguntó si consideraban la contención mecánica en prisión como un acto médico, como un acto exclusivamente regimental o si, por el contrario, existían perfiles de solapamiento entre ambos casos. Las respuestas fueron unánimes en este sentido, coincidiendo en que se trata de un acto exclusivamente regimental, no pudiendo calificarse de acto médico, ya que se autorizan tras situaciones de conflicto (ya sea autolesión o conflicto entre personas) para “reinstaurar” el orden del centro y anulando la capacidad de los sujetos, incluso en personas que médicamente se desaconseja, en una dinámica igual que el aislamiento provisional. Una entidad opinó, incluso, que tampoco deberían darse en el ámbito médico-psiquiátrico, por ser un acto de gran violencia, tanto física como psicológica y simbólica.

07 LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS POR LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Para concluir el Capítulo se ha querido contar, como no podía ser de otra manera, con la voz y experiencia de algunas personas presas que, en una o más ocasiones, han padecido la práctica de la contención mecánica en sus propias vidas. Para ello, se han seguido dos vías diferentes pero relacionadas. Por un lado, se envió un cuestionario con preguntas abiertas a 2 personas privadas de libertad en prisiones pertenecientes a la SGIP que han sido sometidas a contención mecánica en diversas ocasiones (una de ellas relata que ha sido sometido a dicha medida en 5 ocasiones, mientras que la otra no recuerda el número exacto). Por otro lado, el grueso de los relatos lo componen aquellos extraídos de la experiencia de trabajo del SIRECOVI, que se compone de una recopilación de 51 casos de aplicación de contención mecánica en las cárceles de Catalunya en los últimos 5 años, sobre un total de 29 personas.

Tal y como se ha adelantado en la Introducción del informe, desde el Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional (SIRECOVI) del Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos de la Universidad de Barcelona se realizan visitas periódicas a los distintos centros penitenciarios

de Catalunya para entrevistarse con los/as internas que lo han solicitado - a través de los distintos canales habilitados para ello¹⁵⁹ - porque alegan haber sufrido alguna vulneración de derechos por parte de la institución penitenciaria. Las visitas son realizadas por dos miembros del equipo, de manera confidencial y sin límite de tiempo, en los locutorios o en las salas de visita y, tras ello, se intenta triangular la información recogida en los relatos, se registra en la base de datos y se hacen las oportunas comunicaciones (siempre confidenciales) a los organismos de defensa de los derechos humanos (tales como el Defensor del Pueblo y el Síndic de Greuges de Catalunya) y a las direcciones de las administraciones competentes, como la misma SMPRAV, con la que se tiene un diálogo continuo y directo.

Es por ello que la mayoría de los relatos versan sobre cárceles catalanas, no obstante, la crudeza de los relatos se puede extrapolar al resto de prisiones del Estado, independientemente de la administración a la que pertenezcan. Por otro lado, cabe decir que no siempre es posible llevar a cabo de forma exhaustiva dicha triangulación de la información, por lo que, desde el equipo SIRECOVI, nos limitamos a referir el testimonio íntegro de la persona, de manera más fiel posible a las palabras empleadas por ésta durante la entrevista.

En términos generales, destaca que más de la mitad de los relatos hablan de contenciones mecánicas tras la producción de incidentes ocurridos en el módulo de aislamiento. Por otro lado, llama la atención la cantidad de personas con padecimientos mentales que han referido ser sometidas a las sujeciones, de hecho, la mitad de las personas presas entrevistadas presentaban diagnóstico médico de enfermedad mental o evidentes signos de ello. Este hecho se agrava si se tiene en cuenta que, contrariamente a las recomendaciones de la *Guía* del MNP, todas las contenciones de los relatos registrados han sido de carácter regimental, a excepción de dos casos. Ello nos hace deducir que existe un determinado perfil de personas que son las receptoras habituales de la sujeción mecánica y que han sido inmovilizadas en repetidas ocasiones¹⁶⁰. Se trata sobre todo de personas que manifiestan inadaptación a los regímenes de vida en prisión, acabando en primer grado, y con presencia de padecimientos mentales. Algunos de los relatos son:

— CP Puig de les Basses (10 de noviembre de 2019): Interno con una larga trayectoria penitenciaria y largas temporadas en primer grado, diversos padecimientos mentales graves diagnosticados e historial de consumo de drogas. Según las declaraciones del interno, sobre las 21 horas, estando en su celda, sufrió un ataque de ansiedad y picó el interfono, a lo que se personaron varios funcionarios. Por el relato del interno no queda claro exactamente qué ha pasado, pero el interno afirma que ató unas sábanas para dificultar la entrada de los funcionarios y que seguidamente les tiró un cubo de agua. Precisa que estaba desnudo porque pensó que de esta manera no le habrían agredido. Refiere que le llevaron desnudo a la celda de contención donde estuvo atado aproximadamente hasta las 5 horas de la mañana. Señala que las primeras dos horas estuvo desnudo y que luego le pusieron encima dos mantas. Añade que le ataron boca abajo y que le dieron de beber. Explica que el médico le visitó dos veces mientras estaba atado y que los funcionarios se limitaron a mirar que las correas no le apretaran excesivamente. Afirma que el psiquiatra le visitó apenas llegó y que le vio una vez más en consulta¹⁶¹.

¹⁵⁹ Los canales son: correo postal, teléfono de atención/emergencias, sistema de petición web o e-mail.

¹⁶⁰ Se han registrado casos de personas con enfermedades mentales diagnosticadas que, en los últimos 5 años, han sido sometidas en 5, 6 o hasta 9 veces a contención mecánica; en la mayoría de las ocasiones tras conflictos con los funcionarios/as.

¹⁶¹ En el momento de la visita, el interno se encontraba en art. 93 RP y tenía aplicado el protocolo de prevención de suicidio alto (PPS).

— CP Mas d'Enric (14 de febrero de 2019): Interno con enfermedades mentales diagnosticadas refiere que, tras una discusión con otro interno del módulo, el Jefe de Servicio ordenó que entre varios funcionarios le redujeran y seguidamente le llevaron al módulo de aislamiento. Relata que una vez allí, lo llevaron a la celda de contenciones donde lo ataron entre cuatro funcionarios. Refiere que la contención se realizó de manera violenta. Estando inmovilizado refiere que le pincharon algún medicamento (no sabe cuál) y que luego entró en estado de shock e inconsciencia durante 3 minutos. Añade que rápidamente llegaron los profesionales médicos y reconoce haberles insultado, por la desesperación de verse atado en aquellas condiciones, pero al día siguiente se disculpó. El interno alega haber sufrido lesiones en la cabeza provocados por los funcionarios que realizaron la contención; precisa que la enfermera le grapó la cabeza sin anestesia. Refiere haber escrito una carta al JVP describiendo el episodio, pero que el JVP le contestó diciendo que no se han detectado irregularidades.

— CP Ponent (14 de enero de 2020). Interno con enfermedades mentales, discapacidad reconocida y con trastornos derivados de abusos de sustancias, relata que tras una fuerte discusión con algunos funcionarios les faltó el respeto. Según explica, entre 8-9 funcionarios le cogieron las manos por detrás y le llevaron al pasillo del módulo, donde empezaron a golpearle. Explica que, seguidamente, le llevaron a la celda de contenciones, donde le ataron. Refiere que le dejaron allí 6 horas con la nariz sangrando. El interno refiere que después de 2 horas, vino el médico y no le exploró ni le hizo curaciones; posteriormente acudió una enfermera y le puso una toalla debajo de la cabeza. Explica que hasta que no le desataron al cabo de unas 6 horas no le limpiaron la nariz. Refiere que tras esto le aplicaron medidas cautelares (art. 243 RP) y que estuvo tres semanas en la celda para sancionados del departamento de aislamiento.

Referente a los motivos y circunstancias que desencadenaron la sujeción mecánica, a pesar de haberse registrado casos de autolesiones, contrariamente a lo reflejado en los resultados de los cuestionarios a los trabajadores/as penitenciarios, la mayoría de los relatos narran como motivos de la sujeción conflictos de distinta índole con los mismos funcionarios, o casos en los que la persona presa había dañado las infraestructuras o instalaciones de la prisión. Dichos conflictos son de distinta variedad, desde mera hostilidad verbal, pasando por la negativa a someterse a registros corporales o de celda, hasta conflictos físicos. Cabe destacar, con especial preocupación, la existencia de unos pocos relatos en los que la contención se produjo como mera represalia una vez terminado el conflicto entre funcionarios/as y la persona presa, entrando éstos en la celda, horas después de haberse depuesto el conflicto y estando la persona presa en un estado de tranquilidad (o, incluso, dormida), y aplicarle la contención mecánica tras una reducción, que las personas presas describen como “violenta”.

— CP de Ponent (30 de julio de 2020): A la hora del recuento de la mañana el Jefe de Unidad y otro funcionario se personaron en la celda del interno, dónde parece que había una litera desmontada, y le pidieron a él explicaciones. Él respondió que ya estaba así al llegar (le acababan de trasladar). El interno explica que uno de los dos funcionarios le empujó hacia fuera de la celda, hacia unas escaleras, donde había cámaras). Le empujaron para bajar las escaleras, mientras tanto le daban bofetadas y le golpearon, y le llevaron al DERT a una celda de aislamiento provisional, donde, según refiere, siguieron agrediendo física y verbalmente. El interno asegura que en ningún momento respondió a los insultos, ni se defendió de los golpes. Estando en el DERT reclamó sus pertenencias en varias ocasiones a lo que no le hicieron caso. Después de una hora aproximadamente, el interno refiere haber golpeado la puerta, ya que los funcionarios hicieron caso omiso de sus peticiones de agua

y comida. Relata que poco después se personaron más de 10 funcionarios a la celda, que le tiraron al suelo y le golpearon. Refiere que de los golpes se quedó inconsciente y que se despertó en otra celda atado. Precisa que estuvo atado desde las 10 horas aproximadamente hasta las 21 horas. Pese a que hubiera reclamado varias veces que le soltaran para hacer sus necesidades fisiológicas, nunca accedieron y terminó orinándose encima. Añade que, pese a haber solicitado que le dieran algo de beber y de comer, finalmente no le dieron nada. El interno asegura que no estaba en un estado de alteración y que se dirigió a los funcionarios de manera educada. Relata que le ataron boca abajo, con los brazos y las piernas estiradas. Refiere que estando atado el médico quiso pincharle algún tipo de medicación, pero que finalmente una enfermera convenció al médico de no hacerlo.

— CP Lledoners (febrero de 2021). Interno de joven edad, con un alto grado de trastornos psiquiátricos diagnosticados y larga trayectoria penitenciaria: El interno relata que ese día insultó a un funcionario, con el que había tenido un altercado días antes. Tras esto llegan a su celda diversos funcionarios y le ordenaron tirarse al suelo, a lo que él se negó. Refiere que en un momento dado dicho funcionario dijo “a por el interno” y le propinó, según el interno, dos puñetazos en las costillas y él le respondió con tres puñetazos al funcionario, rompiéndole el labio, la ceja y el pómulo, lesiones que requirieron puntos de sutura. Refiere que, además, agredió a otros 3 funcionarios durante el transcurso de los hechos, quienes cayeron al suelo. Alega que acto seguido el resto de funcionarios le redujeron y le llevaron a la celda de contenciones sobre las 15 horas. Al llegar a la sala de contenciones, según alega el interno, le ataron y un funcionario le puso una rodilla en el cuello, generándole daño. Según el interno, las profesionales médicas que se personaron en la celda de contenciones le atendieron correctamente, intentando tranquilizarle, debido a que tenía la tensión muy alta. Sobre las 18.30 un funcionario le dijo “te vamos a pinchar Lagartín, y si no toda la noche atado”. La ATS explicó al interno en qué consistía el medicamento en cuestión y le recomendó que aceptara ponérselo, ya que así le desatarían en breve. El interno aceptó y fue desatado sobre las 20 horas.

Respecto a los sucesos que rodean los momentos previos a la sujeción, como se ha visto en los relatos, en pocos casos se identifican las medidas de desescalada verbal que se citan en la *Guía* del MNP; en la mayoría de los casos las personas sometidas a esta medida narran reducciones violentas, en las cuales intervienen muchos funcionarios de vigilancia, casi siempre del DERT. Respecto a estos relatos, preocupa especialmente que la presencia de un gran número de funcionarios pueda suponer un factor de aumento de la tensión en los momentos previos a la aplicación de la contención si no se acompaña de escrupulosas medidas de desescalada verbal. Únicamente un testimonio¹⁶², al ser preguntado explícitamente por dicha contención verbal, respondió: “solo en una ocasión calmó la situación de verme encadenado, atado con esas horribles correas que ahogan, y fue una trabajadora social de Soto del Real. Nunca me han ayudado, al contrario, me pegaban mientras me ataban en la cama de manos, pies, cintura y cuello. Y en alguna ocasión me han engañado en la forma de inmovilizarme. Esto pasa muy a menudo en los módulos cerrados de aislamiento.”

En cuanto a la duración de la inmovilización, aunque se han registrado algunos casos en los que la contención duró alrededor de 2 horas o menos, en la mayoría de los relatos recopilados se percibe una duración media de alrededor de 8 horas, llegando incluso a saber de 5 casos con duraciones superiores a las 24 horas, según el relato de las personas presas. Otro aspecto que ha destacado en los relatos ha sido el de la posición de la sujeción, pues, a pesar de que en la mayoría de los casos la sujeción se realizó *decúbito supino* (boca arriba), se ha

¹⁶² Testimonio de uno de los internos de las prisiones de la SGIP, con alrededor de 5 contenciones mecánicas sufridas:

registrado un total de 9 casos en los que la sujeción se realizó *decúbito prono* (boca abajo), con los consiguientes riesgos que ello conlleva para la respiración de quien las sufre. Además de esto, lo que sí parece ser una constante es el abandono de las personas inmovilizadas ante sus necesidades fisiológicas en las contenciones de larga duración. Entre los casos recopilados por el SI-RECOVI se han detectado un total de 12 relatos que narran que tuvieron que hacer sus necesidades encima, experimentando una fuerte sensación denigrante. Además, los dos internos recluidos en las cárceles de la SGIP también afirman que en ninguna de las ocasiones que fueron sometidos a contención mecánica se respetaron sus necesidades fisiológicas. Otras irregularidades que se destacaron en los relatos fueron el padecimiento de frío, la falta de comida y agresiones de diversa índole, sobre todo humillaciones de tipo verbal.

Respecto al papel del personal sanitario, sí que se registra la presencia de facultativos en todas las contenciones mecánicas; no obstante, la mayoría de las personas relatan que la atención recibida se basó en inspecciones superficiales y, sobre todo, en la administración parenteral de medicación relajante, en ocasiones, incluso contra la voluntad del/la interno/a. Por otra parte, otra de las tendencias que se desprende de estos relatos es el desconocimiento del contenido de los informes médicos confeccionados por los profesionales médicos, puesto que, a pesar de reclamarlos, a menudo no se los entregan a las personas presas. También se han registrado diversos casos en los que, a pesar de que la persona inmovilizada relatara al profesional médico la existencia de heridas, los/as facultativos/as hicieron caso omiso de las mismas, no explorándolas ni haciéndolas constar en los informes. De otro modo, se registraron 2 casos de conflicto entre el personal sanitario y el de vigilancia, en el que los primeros abogaron por anteponer los criterios sanitarios a los securitarios. A continuación, puede leerse uno de ellos:

— CP Ponent, (noviembre de 2022): El interno refiere que, tras una discusión con otro interno, le habló mal a un funcionario, quien avisó al Jefe de Servicio. El interno explica que se produjo una discusión con los funcionarios y que, después de este hecho, se personaron en su celda el Jefe del DERT y otros funcionarios equipados con material antidisturbios, y, según el relato del interno, le agredieron con las defensas de goma, provocándole una brecha en la cabeza. Refiere el interno que, seguidamente, le llevaron a la celda de contenciones, donde refiere haber estado atado aproximadamente una hora y media. El interno refiere en su relato, que el médico dijo a los funcionarios que no es tolerable lo que le hicieron y que le debían trasladar al hospital para realizarle exámenes más exhaustivos¹⁶³.

Finalmente, en relación a los sucesos posteriores a la contención, en los relatos recopilados se destacan muy pocas ocasiones en las que la contención se haya abordado posteriormente con un enfoque terapéutico por el equipo de tratamiento, tal y como afirman desde las autoridades administrativas que debería hacerse. No obstante, lo que muchos relatos cuentan fueron sanciones de aislamiento en los días posteriores, que aumentaron los sentimientos de frustración, rabia y denigración de las personas sometidas a la contención.

163 El interno presentaba un corte que, según refirió, fue causado por el golpe con una defensa de goma en el contexto de la reducción. Según la pulsera hospitalaria que el preso nos muestra durante la visita, ingresa en el Hospital Arnau Vilanova de Lleida el día 28.11.2022 a las 18.10 horas.

En los distintos apartados anteriores sobresalen diversos puntos de especial importancia sobre los cuales se hace necesario volver a incidir.

En primer lugar, destaca de forma positiva la intención que manifestaron los responsables de la SMPRAV sobre la constitución, próximamente, de equipos especializados con un enfoque transversal para la intervención con los/as internos/as que han sido sometidos/as a contención mecánica con la intención de averiguar las causas que llevaron a la misma, y el abordaje terapéutico con la finalidad de prevenir futuras contenciones.

Respecto a las respuestas proporcionadas por todos/as los/as trabajadores/as penitenciarios, destaca de manera positiva la alta incidencia de respuestas en favor de la adecuación de medios alternativos a la contención mecánica como la desescalada verbal, a la que se ha hecho alusión en los cuestionarios, tanto para el/la trabajador/a que las aplica, como para el/la interno/a y el mantenimiento general de la seguridad del establecimiento penitenciario. Este fenómeno deja una puerta abierta al auge y establecimiento definitivo de estas medidas de desescalada verbal en situaciones de tensión que pudieran derivar en la aplicación de contenciones mecánicas, disminuyendo así las mismas.

Por otro lado, preocupan especialmente las diferencias entre los motivos que llevaron a la aplicación de contenciones mecánicas resaltadas en los cuestionarios de los/as trabajadores/as penitenciarios, y los relatos recopilados de internos/as a los/as que se les ha aplicado la contención mecánica. Mientras en los cuestionarios de los/as funcionarios/as se resaltó como motivo principal las situaciones de autolesión, la mayoría de los relatos recopilados hablan de conflictos entre personas, sobre todo entre internos/as y trabajadores/as. Este fenómeno se suma a la diferencia en la percepción de los momentos previos a la aplicación, puesto que, mientras que en los cuestionarios de los/as trabajadores/as se destacan principalmente las medidas de desescalada verbal, en los relatos de los/as internos/as resaltan las percepciones sobre reducciones violentas, en las que se producen, incluso, lesiones físicas, tanto en internos/as como en trabajadores/as. Estas diferencias manifiestan que, aunque pueda existir una intención de rebajar la tensión, la adecuación de las medidas de desescalada o la manera en que se aplican no parecen ser del todo eficaces, ya que, como se ha constatado en los relatos de las personas privadas de libertad, muchas situaciones fueron escalando de tensión hasta el momento de la aplicación.

Más preocupante todavía ha sido el descubrir, a través de los cuestionarios enviados a los/as trabajadores/as, que, aunque pequeña, existe una parte del funcionariado que no ha recibido formación y/o no conoce los protocolos que regulan la aplicación de la contención mecánica.

En referencia a la normativa, preocupa la falta de concreción a la hora de saber cuándo se puede tomar la decisión final de aplicación o no de la contención mecánica, puesto que los distintos protocolos no especifican los motivos exactos, más allá de lo establecido en los art. 72. del RP y art. 45 de la LOGP referente a los medios coercitivos y el régimen disciplinario. Esta falta de regulación provoca, en última instancia, una amplia subjetividad en dicha decisión, que recae, casi por completo, en el criterio personal/profesional del/la Jefe/a de Servicio que se encuentre en ese preciso momento.

Cabe ahondar en los perfiles psicosociales de los/as internos/as sujeto de las contenciones mecánicas. Es urgente que se erradiquen las contenciones a personas con enfermedades mentales diagnosticadas o con evidentes signos de ello. No únicamente eso, sino que, además, se debe acabar con las dinámicas que generan que las personas con padecimientos mentales terminen en regímenes de vida cerrado y en primer grado. La relación enfermedad mental-1º grado-contención mecánica es el principal problema que parece envolver este fenómeno.

Respecto a las acciones recopiladas en la *Guía* del MNP que se deben seguir para conseguir la aplicación de la contención mecánica de la forma más garantista y menos lesiva posible, destaca que, todavía se están dando casos de contenciones en las que la persona es atada decúbito prono (boca abajo), en lugar de boca arriba en posición semi-tumbada.

Respecto a la atención sanitaria, tanto los cuestionarios de los/as letradas del SOJP y de las entidades de la sociedad civil, como los relatos recopilados de las personas privadas de libertad, desvelan, carencias tanto en las intervenciones de los profesionales sanitarios, como en la redacción de los partes médicos. Además, preocupa también la tendencia a la medicación forzosa de psicofármacos que se da en muchas ocasiones.

Finalmente, la insuficiencia y/o inadecuación en la redacción de los libros de registro, y la comunicación tardía entre el centro penitenciario y los JVP relatadas por los/as letrados del SOJP, así como la pasividad de los juzgados ante casos de posibles malas praxis, suponen temas a abordar tanto para las administraciones penitenciarias como para los y las responsables del poder judicial, ya que pueden suponer, entre otras cosas, una violación del derecho a la defensa. En este aspecto, destacan también con especial preocupación los relatos de los/as letrados/as del SOJP y de las distintas entidades de la sociedad civil sobre las diversas dificultades en la obtención de pruebas ante casos de posibles malas praxis, especialmente en lo que se refiere al visionado de las cámaras, tanto las relativas a las salas de contención mecánica, como las de los otros puntos de las prisiones (donde se producen las reducciones y los momentos previos a la contención). Este oscurantismo destacado por los/as profesionales del derecho es una dinámica que se extiende a casi todos los aspectos del sistema penitenciario, siendo un obstáculo para la investigación de posibles casos de tratos crueles, inhumanos y degradantes, y para la efectiva asunción de un sistema penitenciario y judicial verdaderamente garantista y respetuoso con los derechos humanos.

Conclusiones

01

REFLEXIONES FINALES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SOCIOLOGÍA DEL DERECHO

A la luz del recorrido llevado a cabo, el análisis sobre una práctica tan destacada por su potencial aflictiva, como lo es la contención mecánica, nos permite reflexionar acerca del tipo de modelo penitenciario que rige las prisiones del Estado español hoy en día. Gracias al diagnóstico realizado, creemos haber conseguido un bagaje de datos e informaciones que nos ayudan a apuntar algunas consideraciones desde la perspectiva de la sociología del derecho, tanto sobre cómo se desarrolla el fenómeno de la contención mecánica en la praxis, como sobre su significado simbólico en el marco del sistema-prisión. Ello nos permitirá, como se verá a continuación, dar un paso más, proponiendo, en consonancia con los objetivos del presente estudio, recomendaciones encaminadas hacia la superación del medio coercitivo de la sujeción mecánica en las prisiones del Estado español.

La cárcel se articula en torno a mecanismos de coerción, entre los cuales, la contención mecánica posiblemente sea el más emblemático. Según apunta Sterchele, la coerción es un fenómeno relacional y contextual (2022, p. 834). En ese sentido, como sostiene Sjöström (2016), los aspectos estructurales y culturales del poder contribuyen a configurar un contexto coercitivo y deben entenderse como una parte importante de la coerción. Los trabajos clásicos de la sociología carcelaria han puesto de manifiesto cómo la prisión, al ser un contexto institucional caracterizado por un fuerte desequilibrio de poder entre grupos, es, en sí misma, un entorno coercitivo (Irwin, 1970; Goffman, 1961). Además de las dimensiones de restricción espacial que caracterizan la prisión, particularmente evidentes en el caso del aislamiento penitenciario - una práctica que, como hemos observado, mantiene estrictas relaciones con la inmovilización - cabe señalar que la estrategia gubernamental que regula la vida cotidiana dentro de la institución es precursora de una forma de coerción implícita e indirecta (Monahan *et al.*, 2005). La vida cotidiana de la prisión se basa, de hecho, en la lógica punitivo-premial (Rivera, 2006, 2023) que constituye, quizás, la estrategia básica del gobierno de la prisión (Sparks *et al.*, 2004, p.119, Liebling, 2008; Crewe, 2011).

Ante ello, es posible afirmar que el paradigma del *restraint* (Cohen, 2006) representa la verdadera esencia de todo sistema carcelario. La coerción está profundamente ligada al concepto de orden penitenciario. Para Scraton *et al.* (1991, p.132) todo tipo de orden penitenciario puede alcanzarse precisamente - y solamente - a través de la coerción, del miedo y de prácticas de violencia más o menos visibles. Es decir, mientras existan las prisiones y, por ende, se prive a los individuos de su libertad, el orden en contextos de confinamiento podrá conseguirse solamente de manera coercitiva y, a veces, violenta (Cfr. Vianello, 2018, p. 832).

Del mantenimiento del orden depende la supervivencia de la institución carcelaria. Por ello, estudiar la aplicación de la contención mecánica, su justificación formal, el punto de vista de los operadores penitenciarios y de las personas presas, junto a una aproximación cuantitativa del fenómeno, nos puede decir mucho acerca del elemento esencial de todo sistema carcelario: el orden. Las resistencias respecto al abandono de la sujeción mecánica nos hablan mucho del modelo penitenciario acogido en el Estado español (y que, a su vez, se desarrolla en tres sub-modelos), el cual parece no poder renunciar, de cara a mantener el orden en los centros penitenciarios, a dicha práctica.

Sin embargo, como han evidenciado los relatos de los internos, éstos acaban percibiendo la contención como algo arbitrario, injusto y excesivo. Ante ello, extrapolando la reflexión de Mears & Reising (2006) sobre el aislamiento penitenciario, y aplicándola a nuestro objeto de estudio, se deduce que la inmovilización es ineficaz para reducir los niveles de desorden en el sistema penitenciario. La discrecionalidad y la falta de proporcionalidad en la imposición de la medida acaban influyendo en la perspectiva de los internos y en su comportamiento. En ese sentido, el uso recurrente de sujeciones puede contribuir al empeoramiento del bucle de violencia que caracteriza especialmente a los departamentos de régimen cerrado (Cfr. Stroppa, 2022), cuyos principales factores son, precisamente, el aislamiento, las sujeciones mecánicas y los problemas de salud mental que afectan a la población penitenciaria hoy en día.

Volviendo al concepto de orden, según los principales autores de la sociología carcelaria, el orden en prisión es siempre el resultado de algún tipo de negociación que se establece entre quienes controlan y los que son controlados. De hecho, los funcionarios, sobre todo los de vigilancia, de acuerdo con Sykes (2017), dependen, en cierta medida, de los presos para construir el orden dentro de la prisión. Por tanto, sin ánimo de negar el carácter represivo (Chauvenet 2006) y despótico (De Beaumont & De Tocqueville 1833) de la prisión, es importante considerar también la dimensión binaria que nos permite visualizar un campo de problematizaciones que van más allá de la dicotomía entre presos y funcionarios, pese a reconocer dicha dicotomía como constitutiva del mundo penitenciario.

Ante ello, la dimensión interaccionista se revela fundamental en aras de comprender las razones que motivan la aplicación del medio coercitivo de la contención mecánica; por ello, se ha optado por recabar información a través de cuestionarios y entrevistas a los principales actores que operan en el ámbito penitenciario, no habiéndose podido llevar a cabo una etnografía completa. El análisis de tipo cualitativo es, sin duda, el más adecuado para aproximarse a la comprensión de la dimensión interaccionista.

El control social dentro de cualquier institución total se basa en una “lógica de coerción implícita” (Gariglio, 2017). Por tanto, en el caso de la prisión, cualquier interacción entre el personal penitenciario y las personas presas se basa en el conocimiento tácito de que la coerción está siempre “a la vuelta de la esquina”, y se utilizará - con diversos grados de discreción - si la situación lo requiere (*ibídem*). Ello no implica sobrevalorar la coerción a expensas de la cooperación y el consenso, sin embargo, es importante ser conscientes de la dimensión, a menudo tácita y oculta, de la coerción, a sabiendas de que el control social coercitivo sigue siendo un marco útil para comprender otras formas - más consensuadas y cooperativas - de cualquier forma de control social dentro de prisión (Sjöström *et al.*, 2022). Incluso las tan anheladas técnicas de desescalada representan una tipología de negociación que se convierten en medida de control.

Adoptando la perspectiva de la microsociología de la violencia de Collins (2008), las interacciones violentas y las amenazas del empleo de la fuerza en prisión pueden leerse como actuaciones que se desarrollan en una “cadena ritual de interacción”. Por ello, las interacciones entre presos y funcionarios y, sobre todo, los factores que influyen dichas relaciones, parecen ser el verdadero meollo de la cuestión. En ese sentido, estudiar las interacciones violentas que se dan fácilmente en prisión, desde las más rutinarias hasta las llamadas “incidencias” que suelen legitimar la aplicación de la contención mecánica, permitiría lograr una comprensión más completa del fenómeno y, quizás, encontrar soluciones más eficaces en comparación con aquellas planteadas hasta ahora.

Decisivos son también los modos en que determinados vectores de desigualdad, e incluso las idiosincrasias personales y las sensibilidades de los funcionarios (y la falta de ellas), influyen en el curso de las interacciones con las personas presas (Gariglio, 2016, p. 292). Las interacciones suelen ser más o menos susceptibles de ser calificadas como acontecimientos críticos en función de la situación particular de los sujetos implicados y de su posición. Es evidente que el género, la raza y la clase influyen en la amenaza del uso de la fuerza, y aún más en la aplicación de la misma. Como ha sido señalado por parte del MNP y como también se desprende de los datos analizados, las sujeciones mecánicas parecen concentrarse en un número reducido de internos que presentan unas características determinadas. En relación con la situación en Catalunya, se trata sobre todo de presos jóvenes, extranjeros, que se encuentran en régimen cerrado y con antecedentes psiquiátricos. A dicho propósito, la situación del CP Joves destinado a los jóvenes adultos, es particularmente preocupante; en el último año analizado (2022) fueron 48,45 contenciones mecánicas por cada 100 presos de entre 18 y 20 años, una cifra algo menor de la de 2019, pero bastante mayor que en los 2 años anteriores (2017 y 2018), cuando se aplicaron 37,21 y 27,4 contenciones mecánicas por cada cien reclusos de esta franja de edad respectivamente, siendo la gran mayoría de estas de tipo regimental. En relación al número de casos en los que se han aplicado contenciones mecánicas a jóvenes de entre 18 y 20 años, de los 12 que se contaron en 2017 se pasó a los 94 de 2022. Dichos casos se concentran en jóvenes de origen magrebí, que representan el colectivo más numeroso de la población de dicho centro.

Continuando con el contexto catalán, resulta también preocupante el uso que se hace de las medidas de contenciones mecánicas sobre mujeres presas. En 2022, frente a las 11,99 contenciones mecánicas aplicadas por cada 100 reclusos, se aplicaron 17,64 por cada 100 reclusas. Destaca que, mientras en el caso de los hombres la proporción de contenciones regimentales frente a las psiquiátricas ha aumentado en el periodo de tiempo estudiado, en el caso de las mujeres se ha invertido esta proporción, siendo de tipo sanitario o psiquiátrico la mayoría de las contenciones aplicadas a mujeres en los últimos años estudiados. Sin embargo, la atención que la administración penitenciaria catalana está prestando a la investigación sobre el colectivo de mujeres privadas de libertad en estos últimos años (a través de los múltiples estudios coordinados por el CEJFE que se están llevando a cabo) seguramente aportarán elementos de reflexión útiles también para el tema específico de la contención mecánica.

El proceso de *labelling approach* o *etiquetamiento* (Becker, 1963) que involucra determinados perfiles o categorías de personas presas, a menudo llegando a describirlas como personas peligrosas, tiene un impacto determinante en cómo los funcionarios les perciben e interaccionan con ellas, optando por solucionar los conflictos de una u otra forma.

Como se ha evidenciado a lo largo del informe, el elemento que más amplifica la complejidad de las interacciones en prisión es la llamada “cuestión psiquiátrica”. El aumento de personas con patologías psiquiátricas rompe con las tradicionales negociaciones que caracterizan las interacciones entre presos y funcionarios en el entorno penitenciario. En el mismo sentido, una población penitenciaria compuesta en la mitad por internos extranjeros¹⁶⁴, muchos de los cuales han experimentado procesos migratorios complejos y traumáticos que han condicionado su comportamiento y su bienestar psico-físico, parece haber determinado un cambio en las tradicionales dinámicas penitenciarias, de los códigos y de las jerarquías que, desde un punto de vista sociológico, caracterizan la comunidad carcelaria (cfr. Sykes, 2017). Por supuesto, no se está llevando a cabo ningún tipo de criminalización de las personas extranjeras o migrantes, al contrario, se está tratando de comprender, desde un punto de vista microsociológico (Collins, 2004, 2008), cómo la composición de la población penitenciaria puede influenciar las interacciones que se producen en el entorno carcelario. La concentración en prisión de la marginalidad social afecta el tipo de relación que se instaura entre gobernantes y gobernados y, inevitablemente, las reacciones violentas que pueden derivar de este tipo de relación. En los últimos años, la cárcel se configura siempre más como el “lugar del posible, no el adecuado, pero el único, dotado de capacidad para gobernar el sufrimiento socialmente estructurado¹⁶⁵” (Verdolini, 2022, p. 190). No obstante, en otros países con altos índices también de inmigración y presos/as extranjeros, como Italia, por ejemplo, se ha logrado abolir la práctica de las contenciones regimentales en centros penitenciarios desde hace una década.

El sufrimiento y la desesperación en un contexto de privación de libertad pueden generar frustración, alimentando el bucle de la violencia, como se ha apuntado anteriormente. Para Sykes (2017) - tal y como señalan Navarro y Sozzo (2020, p. 181) - la utilización de la fuerza y de medidas aflictivas para generar el orden dentro de la cárcel se revela siempre tan ineficiente como peligroso, porque, sencillamente, la violencia suele generar violencia. Según apuntan Sjöström *et al.* (2022), el uso de la fuerza no suele emplearse con frecuencia; a menudo basta con la amenaza. Ello es debido a que el uso de la fuerza es un “acontecimiento perturbador” (Garland, 1990, p. 222) que la administración penitenciaria intenta ocultar, en consonancia con el hecho de que “la visión de la violencia, el dolor o el sufrimiento físico se ha convertido en algo altamente perturbador y desagradable para la sensibilidad moderna” (*ivi*, p. 223). Sin embargo, la dimensión del fenómeno de la contención mecánica en las prisiones del Estado español parece inscribirse en contra-tendencia respecto a dicha narración. Interrogarse sobre las razones que motivan dicha excepción es imprescindible de cara a promover alternativas. Especialmente en referencia a la situación catalana, tal y como demuestran los datos propuestos, urge profundizar sobre las razones que han atascado el mecanismo por el cual la amenaza del uso de la fuerza era suficiente, llegando a la actualidad a normalizar el empleo de ésta última. De ello se podría inferir que el aumento de las agresiones lamentado por los funcionarios catalanes podría, en cierta medida, estar determinado por el recurso desproporcionado a la práctica de la sujeción mecánica.

Además de una población penitenciaria que se ve afectada por múltiples factores de desestabilización, en una óptica interaccionista, es determinante el tipo de cultura profesional que caracteriza a los integrantes de la administración penitenciaria y, especialmente, los funcionarios de vigilancia. Éstos, como ya demostró Sykes (2017), trabajan adoptando amplios márgenes de discrecionalidad (Gariglio 2018). A menudo, el trabajo de los funcionarios expresa un *habitus* aprendido durante la socialización profesional (y durante

¹⁶⁴ Datos publicados por la SMPRAV, véase http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/8_pob.html (consultado el 20.11.23).

¹⁶⁵ Traducción propia.

la formación mínima que suelen recibir) (*ibídem*). Bourdieu define el *habitus* como aquel complejo sistema de disposiciones duraderas y transmisibles que actúa como principio generador y organizador de prácticas y representaciones (Bourdieu, 2003, p. 84). Por tanto, el *habitus* representa un *modus operandi* que corresponde “a un producto de la historia, es un sistema de disposiciones abierto, que se confronta incesantemente con nuevas experiencias y que, por tanto, se ve incesantemente modificado por ellas” (*ivi*, p. 100). El hecho de que el *habitus* sea duradero no significa que sea inmutable (Maculan, 2023), de hecho, debe siempre enfrentarse a los posibles cambios que afectan al campo que ha contribuido a generarlo (Bourdieu, 1998). Reflexionar a partir del *habitus* de los trabajadores penitenciarios puede contribuir a explicar el aumento o la disminución de la aplicación de las contenciones mecánicas ante un campo penitenciario que se va modificando. Incluso las etiquetas que se atribuyen a determinadas categorías de sujetos que se consideran “poco fiables” (Torrente, 2014, p. 149) forman parte del *habitus* de los funcionarios de prisiones y pueden variar en el tiempo, así como determinadas prácticas para gestionar los conflictos intra-muros pueden adquirir más o menos relevancia en la cultura profesional de los funcionarios penitenciarios.

Mirar al universo carcelario como un “campo” permite, por lo tanto, contextualizar esta red particular de relaciones e interacciones dentro de un marco histórico-cultural preciso, y así proceder a la desnaturalización de lo socialmente dado. La teoría del campo penitenciario, de hecho, rechaza las interpretaciones sobre los individuos que se producen a partir de atributos preestablecidos (por ejemplo, “el preso está fingiendo”, “el preso seguramente nos atacará” etc.), más bien, busca rastrear tales representaciones y las prácticas resultantes dentro de un marco relacional mucho más complejo, caracterizado por formas peculiares de poder, dominación y violencia simbólica (Maculan, 2023, p. 108).

Por lo tanto, durante las incidencias, el funcionario de prisiones adopta las prácticas habituales de urgencia inscritas en su *habitus*, que forman parte de su “caja de herramientas” y que ha ido incorporando en el curso de su socialización profesional. Comprender el *habitus* del personal penitenciario e incidir sobre ello es, quizás, el desafío principal al cual cabe enfrentarse para reducir, hasta finalmente eliminar, las sujeciones mecánicas en prisión. La toma de conciencia de ello por parte de las tres administraciones penitenciarias que coexisten en el Estado español es un paso fundamental de cara a abordar de manera exhaustiva y profunda la práctica de la contención mecánica y, más en general, del uso de la fuerza - y de la violencia que conlleva - en prisión.

En ese sentido, a lo largo de este difícil proceso, el diálogo constante con los expertos del MNP podría revelarse de gran ayuda. Como nos ha sido explicado por el Director de la Unidad del MNP, Fernando Herrero, el visionado de las grabaciones de las contenciones con los directores de los centros penitenciarios puede constituir una buena práctica capaz de incidir en la subcultura profesional de los operadores penitenciarios, y proporcionar buenos resultados. Asimismo, fomentar la formación de los funcionarios, en relación tanto a las técnicas de desescalada, pero, sobre todo, a los factores de vulnerabilidad que trágicamente afectan a la población penitenciaria, se configura como una estrategia ulterior para limitar al máximo los casos de sujeción mecánica. En este sentido, proponer cursos de formación sobre el medio coercitivo de la contención mecánica, los protocolos operativos y la *Guía* posiblemente no logre producir un cambio relevante en la praxis, si anteriormente no se han creado espacios de reflexión que abarquen la complejidad del universo carcelario actual. Gestionar un conflicto sin antes haber comprendido los factores que determinan dicho conflicto se ha revelado una opción poco eficaz.

Vamos añadiendo un elemento más a la discusión crítica que estamos llevando a cabo. La peculiaridad de la experiencia española, además del hecho de que la contención mecánica continúa aplicándose en las prisiones, representando una anomalía en el panorama penitenciario europeo, se refiere a la distinción entre contención médica y regimental. De lo que se desprende de los resultados de la investigación, se evidencia que la distinción entre práctica médica y regimental se reduce a una mera construcción jurídica que no se refleja ni justifica en la práctica. Aunque desde un punto de vista formal pareciera existir una clara diferencia entre la contención con fines regimentales y la contención con fines psiquiátricos, a la que corresponden protocolos detallados, en la práctica esta diferenciación jurídico-teórica queda completamente superada, existiendo, de hecho, una total confusión entre ambas tipologías.

Esto nos permite captar la tensión existente entre los procesos informales y las definiciones formales del derecho. En ese sentido, la prisión, aunque saturada de normas oficiales, es un contexto en el que la infra-legalidad impera (Sarzotti, 2010). En consecuencia, la coerción - sobre todo física - suele desarrollarse en esta “zona gris” (Sterchele, 2022) - que podría hasta definirse como la “zona del no derecho” (Rivera Beiras, 1993, p. 392) - en la cual el dictado de instrucciones y circulares administrativas se sitúa en una posición de marginalidad.

Otro elemento que acaba enfatizando las consecuencias derivadas de la superposición de los planes (médico y regimental), y acentuando la primacía de las necesidades de gobierno de la institución sobre el bienestar de la persona presa, es la falta de personal penitenciario. Como se ha explicado a lo largo del Capítulo 2, en algunas prisiones españolas no hay médico de guardia, y mucho menos psiquiatra. En cambio, en Catalunya no hay escasez de personal médico, sino de funcionarios de prisiones. Esto podría ayudar a explicar por qué en España hay una disminución progresiva del uso de la contención mecánica (especialmente regimental), ya que no hay personal médico disponible ni para aplicarla ni para supervisar su aplicación. Por el contrario, en Catalunya se produce un aumento constante de la contención regimental; esto podría deberse a la escasez de funcionarios de vigilancia, lo que provoca dificultades en la gestión del orden y dificulta la resolución no violenta de los conflictos. Sin embargo, la falta de personal puede ser sólo un elemento que contribuye a la situación actual, pero no el único. Ciertamente, un aumento de personal es siempre deseable (sea de vigilancia, de tratamiento o médico), pero, muy probablemente, no sería suficiente para cambiar la tendencia. El aumento del personal debería, igualmente, verse acompañado de un cambio en la cultura profesional de los trabajadores penitenciarios (*habitus*).

En cambio, la administración penitenciaria vasca parece alinearse con cuanto se acaba de señalar. En efecto, en opinión de los responsables vascos, la diferencia en las cifras sobre contención mecánica en comparación con las otras dos administraciones del Estado se debe también al esfuerzo realizado por los equipos directivos de los centros penitenciarios vascos para transmitir al personal de régimen los criterios de excepcionalidad y subsidiariedad de esta medida, así como por combatir las distorsiones previas que pudiera tener este colectivo de profesionales. Esto, en opinión de los responsables de la administración, ha propiciado que dichos criterios se hayan incorporado no solo a los procedimientos formales, sino también a la cultura de trabajo de los funcionarios.

A dicho propósito, destaca de forma positiva la intención que manifestaron los responsables de la SMPRAV en el marco de la entrevista mantenida, sobre la constitución, próximamente, de equipos especializados con un enfoque transversal para la intervención con las personas presas que han sido sometidas a contención mecánica, con la intención de averiguar las causas

que llevaron a la misma, y el abordaje terapéutico con la finalidad de prevenir futuras contenciones. Asimismo, destacan positivamente las iniciativas de formación para el personal implementadas por la SGIP, además del énfasis puesto en la necesidad de rebajar las contenciones, al igual que su duración.

Insistiendo sobre la situación catalana, al configurarse como la más problemática, es importante señalar el mayor énfasis que el sistema penitenciario catalán ha querido otorgar al tratamiento penitenciario. En ese sentido, la proporción de personal que se dedica a tareas de intervención o tratamiento en el sistema penitenciario catalán es casi tres veces superior a la del sistema penitenciario español. Además, cabe recordar que, desde 2009, el tratamiento de tipo sanitario es competencia del ICS.

Cabe preguntarse, pues, ¿cómo se inserta el empleo desproporcionado de la contención mecánica, respecto a la administración penitenciaria española y vasca, en un contexto (el catalán) que, al menos formalmente, parece el más favorecido? Para contestar a dicha pregunta cabe considerar cómo se ha desarrollado el énfasis tratamental en las prisiones catalanas. Como hemos visto en el Capítulo 2, en los últimos años el tratamiento en Catalunya se ha visto ensombrecido por la prioridad otorgada al paradigma del riesgo (Brandariz García, 2016). De hecho, la administración penitenciaria catalana, desde hace años ya, ha acogido el modelo del análisis de riesgo, principalmente a través de la herramienta RisCanvi. Posiblemente, este cambio de óptica y la consecuente articulación del modelo penitenciario catalán en torno al concepto de riesgo - sobre todo de riesgo de violencia - puede ser una de las razones que podrían haber influido en la determinación de las peculiaridades del escenario catalán respecto del objeto de estudio. La incorporación del riesgo en el *habitus* de los profesionales penitenciarios quizás haya influenciado también a los profesionales sanitarios, y las interacciones establecidas entre éstos últimos y las personas reclusas.

El CPT puso de relieve el dilema ético que puede suponer la participación en el proceso de aplicación de contención mecánica para los médicos, al estar potencialmente expuestos a situaciones conflictivas de “doble lealtad”, en las que su obligación de cuidar de sus pacientes puede entrar con frecuencia en conflicto con consideraciones que tienen que ver con cuestiones regimentales y de seguridad. Sin embargo, pese a que se reconozca la importancia de que los estándares internacionales recomienden que el personal sanitario de ninguna forma participe en el proceso de aplicación de medios coercitivos, es muy difícil que en la praxis dicha recomendación se materialice, incluso donde el personal sanitario no depende de la administración penitenciaria (es el caso de Catalunya, País Vasco y Navarra). A lo largo de la investigación se ha podido verificar cómo también las tareas de cuidado y asistencia sanitaria, en una institución cerrada como es la cárcel, terminan viéndose fagocitadas por la esencia de la institución penitenciaria, es decir, como ya hemos visto, por el mantenimiento del orden del sistema-prisión. Dicha dicotomía entre esfera médica y esfera regimental, a la cual correspondería la diferenciación entre las categorías de “cuidado terapéutico” y “control”, termina estancándose en el plano formal. De la tarea de deconstrucción de la narración institucional empleada respecto al tema de la contención mecánica en prisión emerge con claridad cómo el aparato del control - y, por ende, del régimen - acaba sistemáticamente por condicionar el ámbito médico y, sobre todo, la cultura profesional del personal sanitario. En ese sentido, inevitablemente, el *habitus* de un médico que trabaja en prisión seguramente presentará puntos de disonancias respecto del *habitus* de un médico que trabaja en otro entorno.

De la confusión que se genera entre plano médico y plano regimental se desprende que la contención mecánica en España se presenta como una práctica que, en cierto modo, podría definirse como “transversal”. No se utiliza

exclusivamente para contener el malestar psíquico o las alteraciones de la convivencia determinadas por problemas psiquiátricos, pues de lo contrario la contención regimental - verdadera peculiaridad de los sistemas penitenciarios que coexisten en el Estado español - perdería su razón de ser. En cualquier caso, la medida de la contención en prisión, sea sanitaria o regimental, resulta estar siempre desvinculada de la idea de paciente. En efecto, la narrativa adoptada por la institución penitenciaria se presenta como muy polarizada: ante una situación crítica difícil de controlar solo hay dos escenarios plausibles. Por un lado, encontramos al preso violento, agresivo, “fuera de control”, que si no es contenido es capaz de matar a alguien o quitarse la vida; por otro, la única solución posible es la inmovilización en la cama. Esta dicotomía también se desprende claramente de la lectura de algunos informes disciplinarios en los que se indican las circunstancias del hecho que motivan la imposición de una sanción disciplinaria, así como de los testimonios de los detenidos entrevistados. De hecho, la contención mecánica de tipo regimental (pero a veces también de tipo sanitario) suele ir seguida de la imposición de una sanción disciplinaria. La tendencia a interpretar la contención como una medida disciplinaria ha sido destacada también por el CPT y el MNP, los cuales han mostrado reiteradamente su preocupación por el hecho de que la contención se emplea en muchas ocasiones como método de castigo y que, además, la medida se acompaña en ocasiones de malos tratos físicos y tratos degradantes. De ello se puede deducir que el cuidado terapéutico en las contenciones que se producen en prisión, ocupa, por lo menos hasta ahora, un espacio que podríamos definir como marginal.

Otro elemento que merece un abordaje específico en estas reflexiones finales es la duración de las inmovilizaciones. Aunque instrucciones y circulares hacen hincapié en que la inmovilización debe aplicarse siempre como última ratio y durar el tiempo mínimo imprescindible para restablecer una situación de normalidad, en la práctica ello no siempre ocurre. A este respecto, la utilización del concepto de “extrema ratio”, implícitamente vinculado con el de “estado de necesidad”, parece especialmente ambigua, debido a que produce la absoluta negación de la víctima. En un interesante trabajo de Gariglio (2021), en el que interpreta los testimonios de los operadores de un Hospital psiquiátrico judicial de Italia a través del prisma de la teoría de Sykes & Matza (1957), el autor se detiene en la “negación de la víctima” como técnica de neutralización utilizada, sobre todo, por los operadores penitenciarios. La reflexión de Gariglio también se ajusta perfectamente al contexto penitenciario español; la persona atada a la cama nunca suele ser propuesta como víctima (ni siquiera como paciente), sino como la causa de los problemas que produjeron, *necesariamente*, el recurso a la contención (Gariglio, 2021).

Según el trabajo empírico llevado a cabo en la investigación, la razón principal por la que se recurriría a la contención regimental corresponde a la necesidad de controlar la agresividad (en sentido genérico) de la persona presa, condición *necesariamente* propedéutica para el despliegue de conductas violentas (en sentido igualmente genérico). En el centro del discurso encontramos, por tanto, la necesidad prioritaria de preservar la seguridad de todos frente a ciertos sujetos “muy desequilibrados”, o incluso, paradójicamente, vemos cómo la inmovilización se propone como medio de preservar la seguridad de los propios sujetos que son inmovilizados (tal y como se desprende de las respuestas a los cuestionarios facilitadas por los funcionarios).

Entre los resultados del estudio empírico llevado a cabo emerge la heterogeneidad de versiones acerca de las causas que motivan la aplicación del medio coercitivo de la sujeción mecánica. Según las respuestas proporcionadas por los trabajadores penitenciarios de la SGIP, se recurre a la inmovilización principalmente ante intentos autolíticos de la persona presa. En cambio, en Catalunya, según los datos transmitidos por la SMPRAV, la contención mecá-

nica se utiliza también para evitar evasiones y, sobre todo, para “evitar actos de violencia de los internos [...] para vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo” (art. 45 LOGP). En las cárceles vascas, los motivos alegados para el uso de contenciones mecánicas han sido únicamente dos: evitar daños de las personas presas a sí mismas y evitar daños a las instalaciones o cosas. Esta administración parece no hacer uso de esta medida ante las situaciones en que las personas presas agreden a otras personas presas o a los profesionales. Según lo que refieren las personas presas entrevistadas, en cambio, el recurso a la inmovilización interviene de manera habitual ante una discusión (animada, hasta violenta) entre personal de vigilancia y persona presa.

Pese a la diversidad de supuestos que motivan la aplicación de la inmovilización (sea regimental o sanitaria), la contención mecánica sirve, indudablemente, para gestionar, de alguna manera, el conflicto que se genera en determinadas circunstancias. Tal y como afirman los letrados y las asociaciones de la sociedad civil que han participado en la investigación, un elemento recurrente en dichas situaciones de conflictividad es el hecho de que los destinatarios de la medida son personas con algún tipo de problema de salud mental. Por lo que concierne a las recomendaciones formuladas por los organismos de protección de los derechos de las personas reclusas, el CPT tuvo la oportunidad de pronunciarse en relación a este aspecto tras su última visita a las cárceles españolas, afirmando, en el informe publicado tras la visita (2021), que recurrir regularmente a medidas de contención mecánica para personas privadas de libertad con una enfermedad mental o que han cometido un acto de autolesión o intento de suicidio no puede considerarse una medida de seguridad, sino un castigo, añadiendo además que es poco probable que se resuelvan los problemas subyacentes que llevaron a aplicar la fijación en primer lugar. En el mismo sentido, el MNP resalta que la aplicación de la contención hacia personas presas con trastorno mental grave o trastorno psicótico debería estar prohibida, así como no debería aplicarse tras intentos autolíticos de las personas presas. Ante ello, el MNP ha recomendado a la SGIP la elaboración urgente de una práctica o programa con el objetivo de disminuir el número de conductas autolesivas, así como impartir las instrucciones oportunas para que no se aplique la sujeción mecánica de modo habitual y rutinario a todas aquellas personas que realizan gestos autolesivos y anuncian nuevas autolesiones.

Pese a ello, la distancia entre la dimensión del *ser* y aquella del *deber ser* es todavía muy amplia. Hace falta insistir aún más hacia la implementación de las recomendaciones de los organismos - tanto nacionales como internacionales - de defensa de los derechos humanos, los cuales pueden servir de puente entre estas dos dimensiones tan lejanas.

02 ALGUNAS RECOMENDACIONES DESDE EL PARADIGMA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Ante este complejo panorama y la reflexión de corte más bien teórico llevada a cabo hasta aquí, se hace imprescindible complementar la perspectiva sociológica con consideraciones específicas relativas al paradigma de los derechos humanos. Pese a ser conscientes de que lo que se propondrá a continuación no determinará un cambio de rumbo en los casos de aplicación de la contención mecánica en las prisiones del Estado español, detenernos en posibles estrategias inspiradas en una perspectiva más pragmática, concreta y realista sobre el objeto de estudio nos parece una opción coherente, que coloca a los derechos de las personas presas en una posición de prioridad. Sin embargo, el planteamiento de dichas estrategias y recomendaciones no tendría sentido si antes no hubiéramos abordado el fenómeno en su complejidad, relacionándolo con las dinámicas que orientan el funcionamiento de la institución carcelaria.

Entre los objetivos principales de la investigación hemos señalado la elaboración de un diagnóstico de la aplicación de la práctica de la contención mecánica en las cárceles españolas desde una perspectiva de los derechos humanos que nos permitiera verificar el nivel de implementación de las recomendaciones internacionales sobre la aplicación de las contenciones mecánicas (con especial atención a aquellas formuladas por el SPT) y de la *Guía del MNP* (2017).

Tal y como se desprende del estudio llevado a cabo, las recomendaciones en cuestión no pueden considerarse plenamente implementadas, lo que acaba determinando constantes violaciones de algunos derechos de las personas privadas de libertad, cada vez que se recurre a la práctica de la inmovilización.

Como ya se ha apuntado, los factores más críticos - que se hacen especialmente críticos en el contexto catalán - tienen que ver con:

- a. las características que comparten los destinatarios de las sujeciones, siendo, sobre todo, personas que presentan problemas de salud mental o discapacidad;
- b. el recurso a la inmovilización para gestionar discusiones y conflictos entre personal de vigilancia e internos;
- c. la confusión entre los supuestos de contención mecánica y regimental;
- d. el empleo recurrente de la contención ante conductas autolíticas;
- e. la duración excesiva de algunas contenciones realizadas, en antítesis con el concepto de “duración mínima imprescindible” señalada por el MNP;
- f. los abusos de la fuerza por parte de los funcionarios de vigilancia, que se producen tanto durante el momento de la reducción de la persona reclusa como durante la aplicación de las correas mecánicas, e, incluso, una vez que el preso está inmovilizado;
- g. la falta de consideración de las necesidades fisiológicas de las personas inmovilizadas;
- h. las irregularidades en la complementación de los registros de contenciones;
- i. la falta de un control jurisdiccional riguroso y no solo formal.

Vale la pena detenernos un poco más sobre este último punto. Los registros representan una fuente imprescindible de información, la cual se convierte en esencial de cara, *in primis*, a desarrollar cualquier tipo de análisis y de valoración sobre la práctica de la contención mecánica e, *in secundis*, para permitir la recopilación de pruebas en los casos de mala praxis. Cabe apuntar que la insistencia en la necesidad de registrar cuantas más informaciones posibles por parte del MNP, se ha revelado uno de los elementos que probablemente más ha influenciado en el medio coercitivo de la contención mecánica durante el rango temporal estudiado. Pese a que sigan existiendo resistencias por parte de las administraciones penitenciarias para asumir las recomendaciones que el MNP ha formulado en materia de registros, sin duda recientemente se ha detectado una tendencia en positivo. La existencia de registros debidamente cumplimentados, junto con las grabaciones de todas las contenciones, representan ulteriores mecanismos de control que resultan fundamentales a la hora de valorar el impacto producido por determinadas prácticas particularmente aflictivas, como lo son todos los medios coercitivos y,

en especial, la contención mecánica. En efecto, es solamente gracias a los registros, que se ha podido llevar a cabo un estudio de tipo cuantitativo del fenómeno de las inmovilizaciones.

Sin embargo, el mismo énfasis no ha sido puesto en el valor probatorio de los registros ante casos en los cuales, en el marco de la aplicación de las sujeciones mecánicas, se producen tratos inhumanos y degradantes. En ese sentido, la opinión de los letrados de los SOJP ha dejado clara la falta y dificultad en la obtención de pruebas, tanto documentales como audiovisuales. Asimismo, destacan también la falta de mecanismos de supervisión, sobre todo por parte de los JVP, los cuales se limitan a aceptar, casi de forma automática, la versión de las direcciones de los centros penitenciarios, sin indagar acerca de la legitimidad de la imposición de la medida. En ese sentido, es urgente que los JVP se sientan más interpelados por la aplicación desproporcionada de las contenciones mecánicas y, consecuentemente, actúen de manera más coherente con lo indicado especialmente por el MNP y el SPT.

En la actualidad, muchas expectativas están puestas sobre las investigaciones que pretenden estudiar posibles alternativas al empleo de las contenciones mecánicas. A dicho propósito destacan los estudios anunciados por parte del *Departament de Justícia* de la *Generalitat de Catalunya*, así como el estudio que se publicará en breve realizado por la Asociación OBSERVA. Asimismo, tal y como nos ha hecho saber el MNP, será muy útil la valoración de la experiencia de la celda acolchada implementada en el CP de Ávila.

Debido a que la coerción es intrínseca al funcionamiento de la misma institución penitenciaria, cabe estar alerta ante la posibilidad de proliferación y sustitución de los mecanismos de coerción, los cuales, al igual que la contención mecánica, pueden determinar graves vulneraciones hacia las personas presas. Pensemos, sobre todo, en la contención farmacológica, la cual, tal y como ha apuntado el MNP, podría ser aún más difícil de monitorear que la contención mecánica.

Empezar a razonar sobre cómo abordar el conflicto que se produce dentro de prisiones - y, especialmente, en los departamentos de aislamiento - prescindiendo de la contención mecánica resulta fundamental si realmente se quiere perseguir la erradicación a largo plazo de dicha práctica. En su último informe, CPT reiteraba su recomendación de que las autoridades españolas “pongan fin a la práctica de la fijación mecánica” de los presos a una cama por razones de régimen (seguridad), y recordaba que dicha medida solo puede llevarse a cabo por razones médicas y en un entorno médico. Además, el MNP ha realizado manifestaciones en un sentido similar, y desde hace años recomienda que se prohíban las contenciones mecánicas regimentales a internos con trastorno mental grave. En el informe del año 2022, el MNP se ha posicionado por primera vez de manera clara a favor de la progresiva abolición a largo plazo de las contenciones mecánicas.

Los resultados de la presente investigación pretenden posicionarse como argumentos de soporte a dicho objetivo. Especialmente urgente parece ser la configuración de la contención mecánica como una medida que se puede aplicar solamente en un entorno médico por parte de profesional sanitario en casos excepcionales; para ello se hace imprescindible realizar el traspaso de las competencias sanitarias de las prisiones que dependen del Ministerio de Interior español. Finalmente, aunque la inmovilización se convierta en una práctica exclusivamente médica, cabe reducir aún más su duración, incorporando a la cultura profesional del personal sanitario los efectos dañinos de la contención, desde un punto de vista físico y mental. Contemporáneamente, se hace imprescindible fomentar la formación del personal de vigilancia enfocada a proporcionar herramientas específicas para la prevención y, *in extremis*, la gestión de las conductas conflictivas.

03 PALABRAS FINALES

Gracias al análisis desarrollado sobre cómo se articula la coerción en prisión, se ha podido constatar cómo la privación de libertad sigue siendo un castigo que afecta profundamente al cuerpo de las personas presas (Pavarini, 1995; Garland, 2011; García Borés Espí & Rivera Beiras, 2016), a pesar de que la “cuestión psiquiátrica” en prisión representa un fenómeno cada vez más alarmante. Y no podría ser de otra manera, porque es el propio poder el que presenta una dimensión corporal. En efecto, citando a Foucault (1977), las relaciones de poder son relaciones de fuerza que se ejercen sobre los cuerpos, de acuerdo con determinadas estrategias tácticas y dispositivos de control. Es probablemente en el cuerpo del preso donde los diferentes enfoques de la cultura carcelaria encuentran una síntesis. El enfoque disciplinario, el enfoque de tratamiento e incluso el enfoque médico se mezclan inextricablemente en el momento en que el cuerpo del preso (Cfr. Maculan & Sterchele, 2022) es atado, reproduciendo, de forma violenta, la ambivalencia implícita en toda práctica carcelaria: la declaración formal de protección de los derechos de los presos, que, en la práctica, cede el paso a las exigencias de orden, convirtiéndose en uno de los vehículos que encarnan más intensamente la violencia simbólica de la prisión.

A menudo, la regulación de prácticas que vulneran de manera manifiesta los derechos de las personas presas con el objetivo de reducir su peligrosidad, acaba regulando lo que no podría ni debería ser regulado. La “protocolización” o “administrativización” (cfr. Rivera Beiras, 2023) de determinadas prácticas en un intento de controlar su aplicación y sus efectos podría conducir a una legitimación de tratos contrarios a la dignidad humana. Se trata de una operación típica - y tal vez inevitable - en el mundo penitenciario. Ocurre en general con todos los medios coercitivos, pero también con todas las formas de aislamiento. Probablemente sea una de las muchas manifestaciones de la profunda contradicción que impregna todo el ámbito de la ejecución penal, y de la cual no será posible prescindir en un futuro próximo.

Para concluir, de los resultados de la investigación emerge la irreductibilidad de la contención mecánica a simple medio coercitivo. Lo que hemos tratado de proponer, en estas últimas páginas dedicadas a las reflexiones finales, es una lectura alternativa del fenómeno, que no se conforma con un análisis superficial del mismo. A partir de la práctica concreta de la contención mecánica se ha tratado de reflexionar sobre la esencia de los modelos penitenciarios actuales, en la convicción de que dicha práctica encarna un significado simbólico que va mucho más allá de su calificación como medio coercitivo. Las exigencias prácticas de gestión del orden en el interior de las prisiones, agravadas por un personal penitenciario poco formado que debe constantemente enfrentarse a desafíos nuevos, y una población carcelaria en la que destaca la presencia de personas con problemas de salud mental o discapacidad, se materializan en un uso recurrente de la contención mecánica, la cual se traduce, pues, en vehículo de la violencia simbólica de la prisión.

A través de esta práctica invasiva se perpetra la violencia de la institución sobre el preso que, al ser doblemente privado de su libertad, siente una humillación que difícilmente olvidará. Sin embargo, el tema del dolor y la sensación de impotencia que experimenta el sujeto inmovilizado, aunque obviamente es un elemento central en los testimonios de las personas privadas de libertad, está totalmente ausente en las narrativas institucionales de todos los niveles y tipos. En algunas ocasiones se menciona el impacto que produce la inmovilización en el personal penitenciario que debe aplicarla (muchas veces sin contar con la formación adecuada para ello); una muestra más del proceso de prisonización (Clemmer, 1958) del cual ningún actor penitenciario puede escaparse (Vianello, 2018).

Bibliografía

Aebi, M. F., & Tiago, M. M. (2020), *SPACE I - 2019 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*, Strasbourg: Council of Europe.

Aebi, M. F., & Tiago, M. M. (2021). *SPACE I - 2020 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Strasbourg: Council of Europe.

Aebi, M. F., Cocco, E., Molnar, L., & Tiago, M. M. (2022). *SPACE I - 2021 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*, Strasbourg: Council of Europe.

Almeda, E., (2017), *Criminologías feministas, investigación y cárceles de mujeres en España*, *Papers: Revista de Sociología*, 102(2), pp. 151 -181.

Andrews, D., A., Bonta, J., (1994), *The psychology of criminal conduct*, Cincinnati: Anderson.

Asamblea General de las Naciones Unidas, (1979), *Código de conducta para los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley*, Resolución 34/169, de 17 de diciembre de 1979.

Asamblea General de las Naciones Unidas, (1982), *Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

Asamblea General de las Naciones Unidas, (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 de diciembre 1948, “BOE” núm. 243, de 10 de octubre de 1979, recuperado de [\(https://www.boe.es/eli/es/ai/1950/11/04/\(1\)\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1950/11/04/(1)) (consultado el 07.10.23).

Asamblea General de las Naciones Unidas, (1984), *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, Resolución 39/46, 10 de diciembre 1984, “BOE” núm. 268, de 9 de noviembre de 1987 [\(https://www.boe.es/eli/es/ai/1984/12/10/\(1\)\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1984/12/10/(1)) (consultado el 07.10.23).

Asamblea General de las Naciones Unidas, (2010), *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)*, Nota de la Secretaría, 6 Octubre 2010.

Asamblea General de las Naciones Unidas, (2016), *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)*: Resolución A/RES/70/175, recuperado de [\(https://www.refworld.org.es/docid/5698a3c64.html\)](https://www.refworld.org.es/docid/5698a3c64.html) (consultado el 12.07.23).

Asencio Cantisán, H., (1989), *Régimen disciplinario y procedimiento sancionador*, *Revista de Estudios Penitenciarios*, nº Extra 1.

- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, (2016), *Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias*, recuperado de <https://www.apdha.org/media/informeSanidadEsp09.pdf> (consultado el 07.10.23).
- Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía, (2016), *Sanidad en prisión: la salud robada entre 4 muros*, recuperado de <https://www.apdha.org/sanidad-prision-salud-robada-entre-cuatro-muros/> (consultado el 07.10.23).
- Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía, (2020), *La cárcel contra la salud*, recuperado de <https://www.apdha.org/la-carcel-contra-la-salud/> (consultado el 07.10.23).
- Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía y Osabideak, (2019), *Valoración del Protocolo de Sujeción Mecánica en Prisión Instrucción 3/2018 por motivos regiminales*, recuperado de <https://www.apdha.org/acabar-con-contenciones/> (consultado el 07.10.23).
- Baratta, A., (1990), *Resocialización o control social: por un concepto crítico de reintegración social del condenado*, recuperado de https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20120608_01.pdf (consultado el 08.12.2023).
- Baratta, A., (1991), Cárcel y Estado social. Por un concepto de “reintegración social” del condenado, en Olivas Cabanillas E. (dir.), *Problemas de legitimación en el Estado Social*, Madrid: UNED, pp. 140-141.
- Barrios, L., F., (2004), Coerción en psiquiatría, *Anales de Psiquiatría*, 19 (2), pp. 55-63.
- Barrios, L., F., (2007) El empleo de medios coercitivos en prisión. Indicaciones regiminales y psiquiátrica, *Revista de Estudios Penitenciarios*, 253, pp. 61-100, recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/435342> (consultado el 08.12.2023).
- Becker, S., (1963), *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, London: The Free Press of Glencoe.
- Bergalli, R., (1976) *¿Readaptación social por medio de la ejecución penal?* Madrid: Instituto de Criminología.
- Bobbio, N., (1989), Diritti dell'uomo e società, en Treves R. & Ferrari V., *Sociologia dei Diritti Umani*, Milano: Franco Angeli Ed.
- Bobbio, N., (2014) [1990], *L'età dei diritti*, Torino: Einaudi.
- Bourdieu, P., Wacquant, L., (1992), *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Bourdieu, P., (1998), *Meditazioni pascaliane*, Milano: Feltrinelli.
- Bourdieu, P., (2003), *Il senso pratico*, Roma: Armando.
- Brandariz García, J., A., (2016) [2014]. *El modelo gerencial-actuarial de penalidad eficiencia, riesgo y sistema penal*, Madrid: Dykinson.
- Comité contra la Tortura (CAT), (2015), *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España*, CAT/C/ESP/CO/6.
- Comité contra la Tortura (CAT), (2019), *Séptimo informe periódico de España*, CAT/C/ESP/7.

Comité contra la Tortura (CAT), (2023), *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de España*, CAT/C/ESP/CO/7.

Chauvenet, A., (2006), *Privation de liberté et violence: le despotisme ordinaire en prison*, *De´viance et Socie´te´*, 30, pp. 373-388.

Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada Área de Investigación y Formación en Ejecución Penal, (2023), *Tasa de reincidencia penitenciaria 2020*. Generalitat de Catalunya recuperado de https://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2023/taxa-reincidencia-penitenciaria/Tasa_reincidencia_penitenciaria_2020_CAST_acc_v3.pdf (consultado el 08.12.2023).

Centro Sir[a], Iridia, Amnistía Internacional-España, Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, Asociación Pro Derechos Humanos de España, Mundo en Movimiento, Centro de Documentación de la Tortura, Salhaketa Nafarro; Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans, Solidarity Wheels, SOS Racismo, La Comuna, Sanfermines 78., gogoan, (2023), *Informe SOMBRA para el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas*, recuperado de http://www.salhaketa-nafarroa.com/wp-content/uploads/2023/06/INFORME_SOMBRA_PARA_EL_CAT.pdf (consultado el 08.12.2023).

Cervelló Donderis, V. (2012), *Derecho Penitenciario*, Valencia: Tirant lo Blanch.

Clemmer, D., (1958) [1950], *The prison community*, New York: Rinehart and Company.

Cohen, F., (2006). *Isolation in Penal Settings: The Isolation-Restraint Paradigm*, *Washington University Journal of Law & Policy*, 22, pp. 295-324.

Collins, R., (2004), *Interaction Ritual Chains*, Princeton: Princeton UP.

Collins, R., (2008), *Violence: a Micro-Sociological Theory*, Princeton: Princeton UP.

Comité de Bioética de España, (2016), *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/sites/principeasturias/files/2019-07/informe_cbe.pdf (consultado el 10.06.23).

Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (2003), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, 23 de diciembre de 2003, E/CN.4/2004/56, recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fc3a8a.html> (consultado el 08.12.2023).

Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (2003), *Estudio de la situación del comercio y la producción de equipo concebido específicamente para someter a tortura o a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, y del origen, el destino y las formas de ese tipo de equipo, presentado por el Sr. Theo van Boven*. E/CN.4/2003/69.

Comisiones Obreras, (2022), *Informe sobre la situación actual del sistema penitenciario catalán*, recuperado de <https://agrupaciopresons.ccoo.cat/informe-de-ccoo-sobre-la-situacion-actual-del-sistema-penitenciari-catala-2022/> (consultado el 08.12.2023).

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), (1992), *Segundo informe general de las actividades del CPT del 1 de enero al 31 de diciembre de 1991*. CPT/Inf (92) 3.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), (2011), *Informe al gobierno de España sobre la visita realizada por el Comité Europeo Sobre la Tortura y las Penas y tratos inhumanos o degradantes (CPT) del 19 de setiembre al 1 de octubre del 2007*, CPT/Inf (2011) 11.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), (2012), *Informe al gobierno español sobre la visita a España realizada por el comité europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (CPT) del 19 al 22 de junio 2012*, CPT/Inf (2012) 13.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), (2013) *Informe al gobierno de España sobre la visita realizada por el Comité Europeo Sobre la Tortura y las Penas y tratos inhumanos o degradantes (CPT) llevada a cabo del 30 de mayo hasta el 13 de junio de 2011*, CPT/Inf (2013) 6.

Comité europeo para la prevención de la tortura (CPT), (2017), *Informe para el gobierno español sobre la visita llevada a cabo en España por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (CPT) del 27 de septiembre al 10 de octubre de 2016*, CPT/Inf (2017) 34.

Comité europeo para la prevención de la tortura (CPT) (2020), *Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo a España por el CPT del 6 al 13 de septiembre del 2018*, CPT/Inf (2020) 5.

Comité europeo para la prevención de la tortura (CPT), (2021), *Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo por el CPT del 14 al 28 de septiembre del 2020*, CPT/Inf (2021) 27.

Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, (30 de marzo de 2023), *Los médicos de prisiones analizan posibles medidas de presión que permitan revertir su crítica situación*. Recuperado de <http://www.cesm.org/2023/03/30/los-medicos-de-prisiones-analizan-posibles-medidas-de-presion-que-permitan-revertir-su-critica-situacion/> (consultado el 08.12.2023).

Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, (1990), *Principios básicos sobre el uso de la fuerza y Armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley*, adoptados por el Octavo Congreso celebrado en La Habana (Cuba) del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990.

Consejo de Europa, (1953), *Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales*. Boletín Oficial del Estado núm. 243/1979, de 10 de octubre 1979, recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010> (consultado el 08.12.2023)

Consejo de Europa, (1987), *Reglas Penitenciarias Europeas, Actualización 2020*, recuperado de http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/recce/Reglas_Penitenciarias_Europeas_Actualizacion_2020_ES.pdf (consultado el 08.12.2023).

Crewe, B., (2011) *Soft power in prison: Implications for staff-prisoner relationships, liberty and legitimacy*, *European Journal of Criminology*, 8, 6, pp. 455-468.

De Beaumont, G., De Tocqueville, A., (1833), *On the Penitentiary System in the United States and Its Application in France*, Philadelphia, Carey Lea and Blanchard, recuperado de http://davidmhart.com/liberty/FrenchClassicalLiberals/Beaumont/Beaumont_1833_PenitentiarySystem.pdf (consultado el 14.03.23)

De La Cuesta Arzamendi, J., L., (1990), *El delito de tortura: concepto. Bien jurídico y estructura típica del art. 204 bis del Código Penal*, Barcelona: Bosch Ed.

Defensor del Pueblo, (2014) *Estudio sobre los partes de lesiones de las personas privadas de libertad*, Madrid. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2014-06-Estudio-sobre-los-partes-de-lesiones-de-las-personas-privadas-de-libertad.pdf> (consultado el 08.12.2023).

Defensor del Pueblo, (2019), *Las personas con discapacidad intelectual en prisión*, https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/06/Separata_discapacidad_en_prision.pdf (consultado el 04.03.23).

Defensor del Pueblo, (2020), *Las personas con discapacidad en el Informe Anual 2019*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/07/Las-personas-con-discapacidad-2019.pdf> (consultado el 20.04.23).

Departament de Justícia, (2019), *Pla estratègic d'execució penal d'adults: la rehabilitació com a missió*. Barcelona, recuperado de https://justicia.gencat.cat/ca/departament/Plans_i_projectes_estrategics/ (consultado el 08.12.2023).

Direcció General de Serveis Penitenciaris, (2011) *El model de rehabilitació a les presons catalanes*. Barcelona, recuperado de https://repositori.justicia.gencat.cat/bitstream/handle/20.500.14226/598/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consultado el 08.12.2023).

Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació, (1999), *Sistema d'Avaluació i Motivació continuada*. Barcelona, recuperado de https://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/arxius/doc_27548502_1.pdf (consultado el 08.12.2023).

Direcció General d'Afers Penitenciaris, (2019), *Manual d'aplicació del protocol d'avaluació RiscCanvi*, recuperado de https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/ambits/reinsercio_i_serveis_peni/manual-aplicacio-protocol-avaluacio-riscanvi.pdf (consultado el 08.12.2023).

El Nacional, (27 de julio de 2017), *Equipo Permanente de salud mental en las prisiones*, recuperado de https://www.elnacional.cat/es/sociedad/equipo-salud-mental-prisiones_178359_102.html consultado el (17.06.23)

Fernàndez, J. (2017) *El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria*. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*; 19, pp. 38-41.

Fernández Arévalo, L., Nistál Burón, J., (2012), *Manual de Derecho Penitenciario*, Cizur Menor: Aranzadi.

Fernández Nàguer, J., (2017), *El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria*, *Revista española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 19, n.º 2, pp. 38-41.

Ferreccio, V., Vianello, F., (2015), *La ricerca in carcere in Argentina e in Italia. Strategie del penitenziario e pratiche di resistenza*, *Etnografia e ricerca qualitativa*, 2, pp. 321-342.

Foucault, M., (1977) [1971-1976], *Nietzsche, la genealogia, la storia*, in *Microfisica del potere*, Torino: Einaudi.

Gallego Anabitarte, A., (1961), *Las relaciones especiales de sujeción y el principio de legalidad en la Administración*, *Revista de administración pública*, n.º 34, pp. 11- 52.

Gallego, M., (2013), *El tratamiento y su voluntariedad*, *Revista de estudios penitenciarios*, n.º Extra, pp. 99-118.

García, T. (2022, 15 de diciembre). *En Catalunya se usan 13 veces más las contenciones mecánicas en cárceles que en el resto del Estado*, recuperado de <https://www.elsal-todiario.com/carceles/contenciones-mecanicas-carceles-catalunya-usan-13-veces-mas> (consultado el 08.12.2023).

García-Borés Espí, J., López Gonsalvez, T., Oviedo Fuentes, P. & Gáres Calabuig, C. (2015), Lógicas, contenidos y límites del modelo rehabilitador, *Crítica Penal y Poder*, nº 9, pp. 62-90.

García Borés Espí, J., Rivera Beiras, I., (2016), *La cárcel dispar. Retóricas de legitimación y mecanismos externos para la defensa de los Derechos Humanos en el ámbito penitenciario*, Barcelona: Bellaterra.

Gariglio, L., (2016), Threats of force by prison officers in a male custodial institution, *Etnografía e Ricerca Qualitativa*, pp. 285-303.

Gariglio, L., (2017), *Doing Coercion in male Custodial Settings: An Ethnography of Prison Officers Using Force*, London: Routledge.

Gariglio, L. (2019). Challenging Prison Officers' Discretion: "Good Reasons" to Treat Courteously Mafiosi in Custody in Italy. *Journal of Contemporary Ethnography*, 48(1), pp. 80-102.

Gariglio, L. (2021). "La contenzione meccanica... è terapeutica", Tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario, *Etnografía e Ricerca Qualitativa*, 14 (1), pp. 49-70.

Grijalba, J., C., (1986). Los medios coercitivos en los establecimientos penitenciarios, *La Ley*. 1489 (III): 824-829

Garland, D., (1990) *Punishment and Modern Society: A study in social theory*, Chicago: The University of Chicago Press.

Garland, D., (2011), The problem of body in modern state punishment, *Social Research: An International Quarterly*, 78 (3), pp. 767-798.

Giménez-Salinas i Colomer, E., (1992), Alternativas al sistema carcelario, *Cuadernos de la Fundación Encuentro*.

Goffman, E., (1961), *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Chicago: Aldine.

Guthmann, Y., Rivera Beiras, I., (2023), *La creación de la Escuela de Criminología Crítica de Barcelona. La institucionalización académica de una nueva mirada sobre el control social y punitivo (1980-2022)*, Valencia: Tirant lo Blanch.

Irwin, J., M., (1970) *The Felon*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Irwin, J., (2005) [2004], *The Warehouse Prison. Disposal of the new dangerous class*, Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Justícia i Pau, (2022), *La salut mental en el sistema penitenciari català. Visió de conjunt i reptes*, recuperado de <https://www.justiciaipau.org/sites/default/files/2023-01/SalutMental2websimples.pdf> (consultado el 08.12.2023).

Liebling, A., (2008) Incentives and earned privileges revisited: Fairness, discretion, and the quality of prison life, *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 9, 1, pp. 25-41.

López Benitez, M., (1994), *Naturaleza y presupuestos de las relaciones especiales de sujeción*, Madrid: Ed. Civitas.

Maculan, A., Sterchele L., (2022), The “left” and “right” arm of the prison: Prison work and the local legal culture of the penitentiary, *On~ati Socio-Legal Series* 12(6), pp. 1492-1517.

Maculan, A. (2023), Bourdieu in carcere. Appunti per una sociologia del campo penitenziario, *Sociologia del Diritto*, 50 (1), pp. 89-114.

Mappelli Caffarena, B., (1983), *Principios fundamentales del sistema penitenciario español*, Barcelona: Editorial Bosch.

Martin, G., (2015), *Dones i Presó: Descobrint els programes de reinserció des d'una mirada feminista*. Materials CiP. Informes: Institut de Ciències Polítiques i Socials, recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2015/181820/desprorei_a2015n11.pdf (consultado el 08.12.2023).

Mayoral, F., Torres, F., (2005). La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (5), pp. 331-338, recuperado de <https://medes.com/publication/19447> (consultado el 08.12.2023)

Mears, D., P., Reisig, M., D., (2006), The theory and practice of supermax prisons, *Punishment and Society*, 8 (1), pp. 33-57.

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2018), *Mecanismo catalán de prevención de la Tortura. Informe anual 2017*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/4935/Informe%20MCPT%202017_cast.pdf (consultado el 08.12.2023).

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2018), *Mecanismo catalán de prevención de la Tortura. Informe anual 2018*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/5877/Informe%20MCPT%202018_cast.pdf (consultado el 08.12.2023).

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2019), *Mecanismo catalán de prevención de la Tortura. Informe anual 2019*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/6792/Informe%20MCPT%202019_cast.pdf (consultado el 08.12.2023).

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2020), *Mecanismo catalán de prevención de la Tortura. Informe anual 2020*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/7493/Informe%20MCPT%202020_cast_def.pdf (consultado el 08.12.2023).

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2021), *Mecanismo catalán de prevención de la Tortura. Informe anual 2021*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/8329/Informe%20MCPT%202021_cast.pdf (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), (2023), *Informe anual del Mecanismo catalán de prevención de la Tortura 2022*, recuperado de https://www.sindic.cat/site/unitFiles/9300/Informe%20MCPT%202022_cat.pdf (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (2017), *Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas*, recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2017/05/guia_contenciones_mecanicas.pdf (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2017a), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2016*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-la-tortura-informe-anual-2016/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2018), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2017*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-la-tortura-informe-anual-2017/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2019), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2018*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-la-tortura-informe-anual-2018/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2020), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2019*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-la-tortura-informe-anual-2019/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2021), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2020*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/2020/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2022), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2021*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-informe-anual-2021/> (consultado el 08.03.2023).

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, (2023), *Mecanismo Nacional de Prevención. Informe anual 2022*, recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-informe-anual-2022/> (consultado el 08.03.2023).

Monahan, J., Redlich, A.D., Swanson, J., (2005) Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community, *Psychiatric Services*, 56, pp. 37-44.

Muñoz, L. (2020) *Discapacidad intelectual en centro penitenciario Brians-1: Prevalencia, características y necesidades específicas*. [Tesis doctoral. Universitat Internacional de Catalunya], recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/669754> (consultado el 08.12.2023).

Navarro, L., Sozzo, M., (2020), Pabello ´n evangélico y gobierno de la prisión. Legados de Sykes para pensar en la construcción del orden en las prisiones de varones en la Argentina, *Cuadernos de investigación: apuntes y claves de lectura sobre “La Sociedad de los Cautivos”*, 3, pp. 177-226.

Nguyen T., Arbach-Lucioni A. & Andrés Pueyo A., (2011), Factores de riesgo en la reincidencia violenta en población penitenciaria, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, nº 6, pp. 273-294.

Nowak, M., (2012), Prohibition of torture, Nowak M., Januszewski K. M., & Hofstaetter (ed.), *All Human Rights for All*, Vienna: Intersentia.

Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, (2004), *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (“Protocolo de Estambul”)*, 2004, HR/P/PT/8/Rev.1, recuperado de <https://www.ohchr.org/documents/publications/training8rev1sp.pdf> (consultado el 08.12.2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006), *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*, recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/ManualrecursosOMSSaludMental.pdf> (consultado el 08.12.2023).

OSPDH, (2008), *Privación de libertad y Derechos Humanos*, Barcelona: Icaria Editorial.

Palma, M., (2017), *Relazione al Parlamento del Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale*, recuperado de <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/471a2f1b053ef35c02849a27ab26f2e2.pdf> (consultado el 13.06.23).

Palma, M., (2021), La sustracción de la libertad y la subjetividad en las dificultades sociales, *Revista Crítica Penal y Poder*, nº 21, pp. 115-118.

Pavarini, M., (1983), La pena “útil”, la sua crisi e il disincanto: verso una pena senza scopo, *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, nº 1, pp. 1-47.

Pavarini, M., (1995), Prologo, in Rivera Beiras I., *La cárcel en el sistema penal. Un análisis estructural*, Barcelona: M. J. Bosch.

Physicians for Human Rights Israel & Associazione Antigone, (2023), *International Guiding Statement on Alternatives to Solitary Confinement*, recuperado de <https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/International%20Guiding%20Statement%20-%20April%202023.pdf> (consultado el 10.09.23).

Prieto Alvañez, T., (2009), La encrucijada actual de las relaciones especiales de sujeción, *Revista de Administración Pública*, nº 178, pp. 215-247.

Recio, E. (2022, 7 de agosto). *El caos se apodera de las prisiones vascas desde que las gestiona el gobierno de Vitoria*. The Objective, recuperado de <https://theobjective.com/espana/2022-08-07/caos-prisiones-vascas-sanchez/> (consultado el 10.09.23).

Rivera Beiras, I., (1992), *Caórcel y derechos humanos. Un enfoque relativo a la defensa de los derechos fundamentales de los reclusos*, Barcelona: Bosch Ed.

Rivera Beiras, I., (1993), *La “devaluación” de los derechos fundamentales de los reclusos. La cárcel, los movimientos sociales y una “cultura de la resistencia”*, Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.

Rivera Beiras, I., Bergalli, R., (2006), *Tortura y Abuso de poder*, Barcelona: Anthropos.

Rivera Beiras, I. (2009) *La Cuestión carcelaria: historia, epistemología, derecho y política penitenciaria: volumen I*. Editores del Puerto: Buenos Aires, Argentina.

Rivera Beiras, I., (2000), La doctrina de las relaciones de sujeción especial en el ámbito penitenciario (la zona del “no derecho”), Munñagorri Laguiá, I., Rodríguez, A., M., Rivera Beiras, I., *Legalidad constitucional y relaciones de especial sujeción*, Barcelona: Bosch Editor.

Rivera Beiras, I. (2023), *La cuestión carcelaria. La pena legal y la pena real*, Valencia: Tirant lo Blanch.

Rubio, J., (2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(3), 172-177, recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.j.cali.2016.09.006> (consultado el 10.09.23).

Sanmiquel, N., (2021), *Experiències i actituds de les infermeres de salut mental en l'ús de les contencions mecàniques*. [Tesis de Grau Infermeria]. Universitat de Manresa, recuperado de <http://repositori.umanresa.cat/handle/1/949> (consultado el 10.09.23).

Sanz, E., (2019), De la disciplina a la seguridad integral: Los medios coercitivos y la homeostasis penitenciaria, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, vol. LXXII, pp. 347-402.

Sarzotti, C., (2010) *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in Santoro, eds. (2010), pp. 181-238.

Sbraccia, A., Vianello, F., (2016), Introduzione. Carcere, ricerca sociologica, etnografia, *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, nº 2, pp. 183-210.

Sbraccia A., Vianello F., (2022), Legal culture and professional cultures in the prison system, *On~ati Socio-Legal Series*, 12(6), pp. 1463-1491.

Scruton, P., Sim, J., Skidmore, P., (1991), *Prisons Under Protest*, Milton Keynes: The Open University Press.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, (2014), *El sistema penitenciario español*. Ministerio del Interior, recuperado de <https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf> (consultado el 10.09.23).

Shalev, S., (2014), *A sourcebook on solitary confinement*, London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics.

Sistema de Registro y Comunicación de la Violencia Institucional (SIRECOVI), (2018). *La violencia institucional en Catalunya*, recuperado de <https://sirecovi.ub.edu/submitforms/documentosweb/download/24> (consultado el 10.09.23).

Sjöström, S., (2016) *Coercion contexts: how compliance is achieved in interaction*, in Molodynski, Rugkåsa, Burns, (eds.), pp. 131-142.

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SSESL), (2023), *Libro Blanco sobre la atención sanitaria a personas con trastornos mentales graves en centros penitenciarios en España*, recuperado de <https://www.psiquiatrialegal.org/libroblanco2023> (consultado el 10.09.23).

Solar Calvo, P., (2018a), *El sistema penitenciario en la encrujada. Estado actual y propuestas de futuro tras las últimas reformas penales. Por un papel activo de los Juristas de IIPP*, [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].

Solar Calvo, P., (2018b), ¿Es el tratamiento penitenciario voluntario? Valoración de la cuestión a la luz de la prisión permanente revisable, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, nº LXXI, pp. 307-345.

Solar Calvo, P., (2019), Consecuencias penitenciarias de la relación de especial sujeción. Por un necesario cambio de paradigma, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, nº LXXII, pp. 777-809.

Solar Calvo, P., Rordíguez Díaz, R. (29 de mayo 2023). Régimen y tratamiento. Medios coercitivos y las limitaciones regimentales, *Legal Today*, recuperado de <https://www.legaltoday.com/practica-juridica/derecho-penal/penitenciario/regimen-y-tratamiento-medios-coercitivos-y-las-limitaciones-regimentales-2023-05-29/> (consultado el 10.09.23).

Sparks, R., Bottoms, A., E., Hay, W. (2004) [1996], *Prisons and the problem of order*, Oxford: Clarendon Press.

Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT), (2019), *Informe Visita a España del 15 al 26 de octubre de 2017: observaciones y recomendaciones dirigidas al Estado parte*. CAT/OP/ESP/1

Sterchele, L., (2022), Immobilization and forced mobilization, *Rassegna Italiana di Sociologia*, LXIII, n. 4, pp. 827-851.

Stroppa, R. (2022) *Genealogía, legalidad y realidad del aislamiento penitenciario. El caso de Catalunya*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/674486#page=1> (consultado el 10.09.23).

Sykes, G., D., Matza, D., (1957), Technique of Neutralization: A Theory of Delinquency, *American Sociological Review*, 22, 6, pp. 664-670.

Sykes, G., M., (2017) [1958], La sociedad de los cautivos. Estudio de una cárcel de máxima seguridad, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Tamarit, J., M., (2016), El sistema Penitenciari català: Fonament i exercici de la Competència, *Revista d'Estudis Autonòmics i Federals (REAF)*, n. 23, pp 235-273.

Telléz Aguilera, A., (1998), *Los sistemas penitenciarios y sus prisiones*, Madrid: Edisofer.

Torrente, G., (2014), Il ruolo dell'educatore penitenziario nel processo di criminalizzazione. Osservazioni da una ricerca sul campo, *Studi sulla Questione Criminale*, 1-2, pp. 137-155.

UNDOC (2015), *Manual de seguridad dinámica e inteligencia penitenciaria*, recuperado de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Manual_de_Seguridad_Dinamica_e_Inteligencia_Penitenciaria.pdf (consultado el 10.09.23).

Verdolini, V., (2022), *L'istituzione reietta. Spazi e dinamiche del carcere in Italia*, Roma: Carrocci Editore.

Vianello, F., (2018), Com'è possibile l'ordine sociale? Il contributo dell'etnografia carceraria allo studio del potere e delle resistenze, *Rassegna Italiana di Sociologia*, LVIX (4), pp. 831-838.

Vianello, F., (2021). Sociologia e critica della pena detentiva, *Meridiana*, 101, pp. 127-144.

Zuñiga, L., (2001), *Manual de Derecho penitenciario*, Madrid: Ed. Colex.

Zulaika, D., Etxeandia, P., Bengoa, A., Caminos, J., & Arroyo-Cobo, J.M., (2012), Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), pp. 91-98.

