

OBSERVATORIO DE DERECHOS HUMANOS, SALUD MENTAL Y PRISIÓN

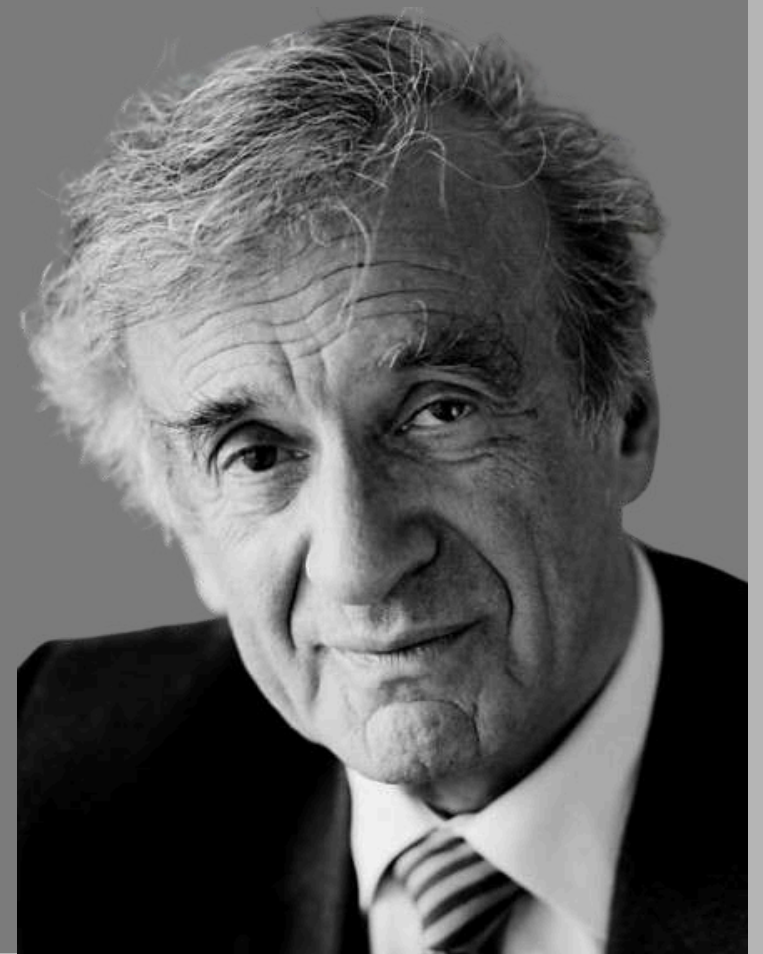
CUARTA EDICIÓN-2024

ASSOCIACIÓ ÀMBIT



“PUEDE HABER MOMENTOS EN LOS QUE
SEAMOS IMPOTENTES PARA PREVENIR LA
INJUSTICIA, PERO NUNCA DEBE HABER UN
MOMENTO EN EL QUE DEJEMOS DE
PROTESTAR.”

*Elie Wiesel, Premio Nobel de la Paz en 1986.
Superviviente de los campos de concentración nazis*



Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión

Coordinador - Director

Javier Vilalta - Jurista, Director Associació Àmbit

Coordinadoras e investigadoras

Catalina Angulo - Jurista

Diana de la Cruz - Licenciada en Derecho

Anna Gil - Criminóloga

Lidia Mas - Psicóloga

Lucía Montoro - Jurista

Eloïse Seppey - Educadora social

Esther Geneva Usón Ramírez - Jurista

Emilio Vicente Silvestre - Educador

Equipo Expertas

Concha Calvet - Licenciada en Derecho

María Fuster - Abogada

Raquel Boix - Abogada

Edición

Enrique Sala Ledesma

Entidades colaboradoras

AENPV

IDHV

ICAV

COEP CV

6	INTRODUCCIÓN
7	EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL INTERNAMIENTO
14	SUICIDIO EN PRISIÓN: ENTRE LA SOLEDAD Y EL ABANDONO INSTITUCIONAL
17	¿QUÉ PIENSA LA SOCIEDAD?
20	DROGAS Y PRISIÓN
22	MUJERES, DROGAS Y PRISIÓN
24	MENORES EN EL ENTORNO PENITENCIARIO
27	LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN VISTA DESDE EL TERCER SECTOR
28	COBERTURA LIMITADA DEL MODULO PAIEM
31	TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS SANITARIAS
35	SALUD MENTAL EN LOS CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS CIE
36	PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN
39	RECOMENDACIONES DEL CPT Y CONSEJO DE EUROPA
40	EL PAPEL DEL DEFENSOR DEL PUEBLO EN LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PRESAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL
41	EL DEFENSOR DEL PUEBLO Y SU VISITA AL CENTRO PENITENCIARIO DE PICASSENT
42	SALUD MENTAL Y ABUSO DEL PODER JUDICIAL: LA LLAMADA DE ATENCIÓN DEL TEDH
44	LA REINSERCIÓN SOCIAL: UN PRINCIPIO RECTOR SIN GARANTÍAS REALES
47	OLVIDADOS TRAS LOS MUROS: SALUD MENTAL EN LAS PRISIONES DESDE LA MIRADA DE QUIENES ACOMPAÑAN
49	CONCLUSIONES
51	BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ ES EL ODSP?

El Observatorio de Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión surge como una iniciativa de carácter investigativo promovida por la Associació Àmbit, y está conformado por un equipo interdisciplinar que incluye profesionales de la criminología, la psicología, el derecho, el trabajo social y la sociología. Este grupo de estudio aglutina tanto a estudiantes como a especialistas con amplia trayectoria en el ámbito penitenciario y de la salud mental, con el propósito de analizar en profundidad la situación de las personas privadas de libertad que presentan diagnóstico psiquiátrico.

La labor del Observatorio se centra en evaluar las condiciones de los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana en relación con dos ejes fundamentales: la atención en salud mental y el respeto a los derechos humanos. Su objetivo principal es visibilizar las vulneraciones sistemáticas que padecen las personas con trastornos mentales en situación de encierro, mediante la documentación rigurosa de hechos concretos y la identificación de los marcos jurídicos necesarios para prevenir dichas violaciones.

El enfoque metodológico del Observatorio combina la recopilación de información empírica contrastada, proveniente tanto del trabajo directo desarrollado por la asociación con personas reclusas como de los testimonios de personas usuarias del sistema penitenciario en diferentes regímenes de cumplimiento. Esta perspectiva permite recoger una visión amplia que abarca desde personas en tercer grado en dispositivos alternativos hasta aquellas sometidas a primer grado en régimen cerrado. A través de este enfoque, se busca ofrecer una comprensión integral de las experiencias vividas por las personas afectadas y contribuir así a un debate social informado sobre la necesidad de transformar el modelo penitenciario vigente.

INTRODUCCIÓN

El Observatorio de Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión (ODSP) nace en el seno de la Associació Àmbit como un grupo de estudio e investigación multidisciplinar orientado a visibilizar y denunciar las múltiples vulneraciones de derechos humanos que afectan a las personas con trastornos mentales privadas de libertad. Este Observatorio está integrado por profesionales de diversas áreas como juristas, psicólogas, criminólogas, educadoras sociales y trabajadoras del ámbito penitenciario que, a partir de su experiencia directa, documentan de forma rigurosa y crítica la realidad que se vive dentro de los centros penitenciarios.

La cuarta edición del informe 2024 constituye una radiografía detallada de la situación en los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana, aunque con referencias comparativas a nivel estatal y europeo. Se abordan temas clave como los efectos psicológicos del internamiento, el uso y las consecuencias de la prisión preventiva, la problemática del suicidio en el ámbito carcelario, el consumo de drogas y la salud mental, y las especiales condiciones de vulnerabilidad de mujeres, menores y personas con patología dual.

Además, el documento examina el funcionamiento del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), así como la importancia de la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas. En este sentido, se destacan experiencias exitosas de regiones como Navarra y el País Vasco, donde la integración de la sanidad penitenciaria al sistema público ha supuesto mejoras en el acceso y calidad de la atención.

El ODSP no solo pretende documentar la situación, sino también generar propuestas concretas que incidan en las políticas públicas, con el objetivo de transformar el sistema penitenciario desde una perspectiva de derechos, equidad y justicia social. Esta edición también incorpora la voz de la sociedad civil a través de encuestas, así como la experiencia de entidades del tercer sector, subrayando el papel fundamental de la comunidad en los procesos de prevención, reinserción y acompañamiento. En conjunto, el informe constituye una herramienta crítica para promover un cambio estructural en la manera en que el sistema penitenciario aborda la salud mental y los derechos humanos.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL INTERNAMIENTO

En un estudio realizado la década pasada, el cual abordaba y desarrollaba las cuestiones psicológicas que desencadenaba el encarcelamiento, el autor Craig Haney (2014, 176) presentó los efectos psicológicos en cada una de sus fases, para ello enfatizó lo siguiente:

“El sufrimiento de ciertas formas de internamiento, lejos de ser simplemente desagradable, puede transformar a los presos, impedir de forma permanente su desarrollo, minar su presente y futuro bienestar y determinar su capacidad para la adaptación post penitenciaria.”

Fase inicial del internamiento

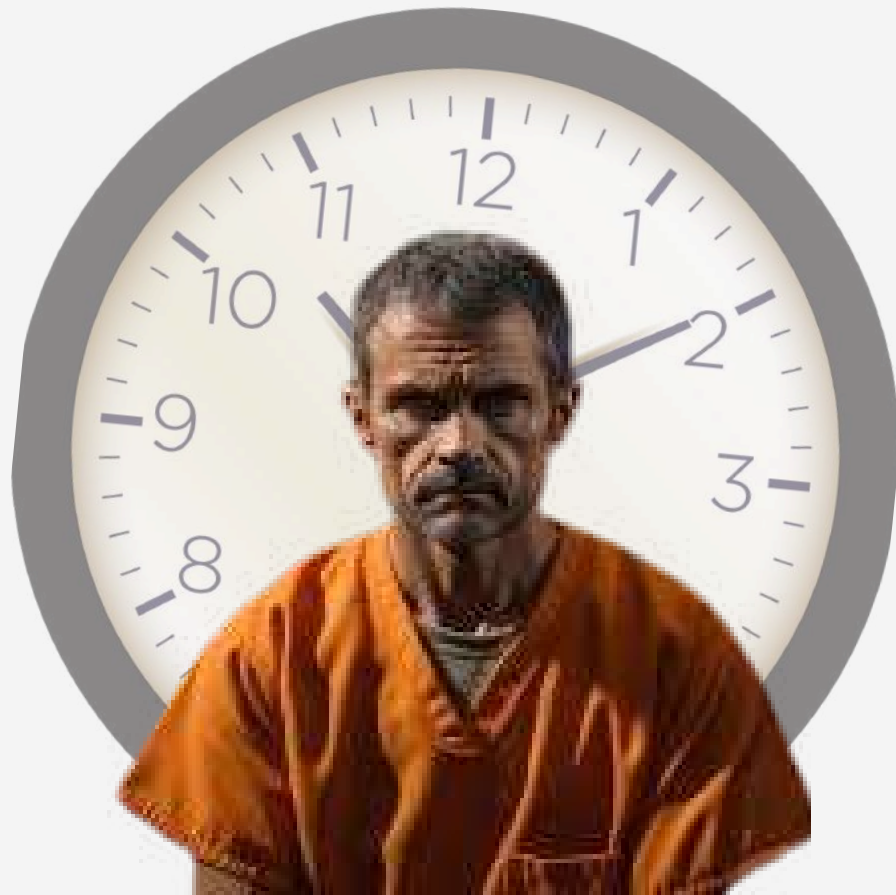
En esta fase, considerada como una de las fases más críticas del internamiento, es donde el individuo pasa de una vida en libertad a un recinto que, como dice Craig (2014), está lleno de deshumanización, privación, indiferencia e incluso tortura. Muchos de los presos son más susceptibles de sufrir algún tipo de depresión o evento de ansiedad (Jarret, 2015). La gran vulnerabilidad que supone este cambio ha dejado como evidencia que, durante el primer mes de internamiento se produce un mayor número de intentos de suicidio.

Segun Jarret, M. (2015) “El rol de despojarse de uno mismo” definido por Goffman, quizás es uno de los retos más devastadores y determinantes para la salud mental de un interno, ya que puede ser considerado como la mutilación o pérdida de su identidad, bajo el entendido de la pérdida y cambio drástico de su cotidianidad.



En este escenario, la persona no solo sufre una limitación a su derecho de movimiento, sino que además se ve sometida a un constante sentimiento de preocupación por su seguridad dentro de prisión, por la incertidumbre acerca de su futuro, por la perdida y la desconexión con sus relaciones interpersonales y familiares y por la limitada o casi nula privacidad e intimidad. Aunque a simple vista este parece ser un evento temporal, lo cierto es que las consecuencias frente a la personalidad de la persona presa pueden ser permanentes, llegando incluso a ejercer un cambio permanente en su personalidad.

Internamiento de corta duración



En lo que respecta a los daños psicológicos, los estudios han demostrado que el internamiento de corta duración aumenta los niveles de agresión y cambia el objeto de la agresión desde la exteriorización de la hostilidad. El experimento de autores como Craig, Banks y Zimbardo (2014), en el que los estudiantes hacían el papel de guardianes y presos en una prisión simulada, mostró que después de seis días de privación de libertad las personas “presas”

presentaban grandes complicaciones neuróticas como ansiedad, depresión y reacciones psicosomáticas. Muchos estudios sobre el internamiento de corta duración han demostrado que esta somatización de los problemas se manifiesta desde el inicio del encarcelamiento. (Zyl. D, 2013)

El internamiento de corta duración o internamiento preventivo supone entonces dos grandes desafíos para la persona privada de la libertad; el primero, asumir el nuevo rol en donde se le despoja de su identidad y cotidianidad, y segundo, la incertidumbre y alarma que genera la expectativa sobre el resultado del proceso judicial en el cual la persona se encuentra inmersa.

Internamiento de larga duración

Para referirnos a un encarcelamiento de larga duración debemos partir de la idea de que se trata de personas que pasan una parte importante de su vida en una institución penitenciaria separadas de su familia y amigos, privadas de libertad y forzadas a vivir en un ambiente rígidamente estructurado que no se asemeja para nada al mundo exterior. (Howard, J. 1999)

Según un estudio realizado en la cárcel de El Dueso, los investigadores concluyeron que en los presos con condenas de mayor duración había un incremento generalizado de las alteraciones psicopatológicas, mayor prevalencia de este grupo de reclusos con patologías de depresión, paranoia, psicosis, presencia de niveles importantes de pobreza personal y familiar, percepción distorsionada de sus capacidades para reintegrarse en el futuro, descenso general del rendimiento cognitivo y descenso agudo de la atención, cálculo y memoria. (Ministerio del Interior, 2017)

La prisión permanente revisable

La prisión permanente revisable (PPR) es la pena privativa de libertad más grave del ordenamiento jurídico español. Su aplicación es objeto de una gran polémica, siendo calificada como una *cadena perpetua encubierta*.

Se trata de una pena de duración indeterminada, pero sujeta a un sistema de revisión. Una vez cumplido un tiempo mínimo de condena, que puede ser de entre 25 a 35 años, y si concurren las condiciones necesarias, se evalúa si la persona condenada puede ser reinserida en la sociedad y, de ser así, se le concede la libertad condicional. Su aplicación queda restringida a delitos de extrema gravedad, como asesinatos especialmente crueles cometidos contra menores de 16 años o personas especialmente vulnerables, así como en casos de terrorismo, entre otros.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha establecido en varias sentencias [1] que, al contener alguna revisión en los primeros 25 años de condena y realizarse controles periódicos posteriores para evaluar los cambios en la evolución de la persona condenada, no es contraria al artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), relativo a la prohibición de la tortura y el trato inhumano o degradante. (Consejo de Europa, 1950)



En 2021, el Tribunal Constitucional se pronunció sobre la constitucionalidad de dicha pena en la STC 169/2021, estableciendo que es “proporcionada y que no vulnera el principio de reinserción”. No obstante, varios magistrados emitieron votos particulares, discrepando del fallo y considerando la PPR inconstitucional.

La prisión permanente revisable, a pesar de querer enfocarse hacia la reinserción de la persona condenada, es una medida punitiva que ha sido ampliamente criticada por su posible impacto negativo en la salud mental y por su carácter prolongado, que podría vulnerar los principios de reinserción y proporcionalidad del artículo 25.2 CE, y que atenta a su vez contra el principio de dignidad humana.

[1] En este sentido, véase la Sentencia del TEDH Tekín contra Turquía nº 40192/10; Hutchinsonson contra Reino Unido nº 57592/008, entre otras.

Una alternativa a esta pena sería **anticipar los periodos de revisión**, como han hecho otros países como Francia o Alemania, para reducir el impacto que tienen las largas privaciones de libertad en la salud mental de las personas afectadas. A su vez, es necesaria la mejora y el aumento de mecanismos para evaluar la evolución de los internos, asegurando una mayor efectividad de la resolución y permitiendo planes de rehabilitación más adecuados para asegurar su reinserción.

Otra opción sería **eliminar la revisión, pero estableciendo penas concretas**, aunque de mayor duración, en el momento del juicio. De esta manera desaparecería la incertidumbre de cuándo les concederán la libertad, dado que desde un primer momento ya sabrían el plazo de su condena.

De cualquier manera, deben aumentarse los recursos en salud mental en las prisiones, tanto cuantitativa como cualitativamente, para garantizar una atención integral a la salud de las personas internas y evitar el extremo deterioro que sufren algunas.



También deben diseñarse más programas de atención y reinserción enfocados a la situación específica de los penados a PPR, para asegurar que su reinserción en la sociedad sea real y efectiva, evitando la reincidencia.

Si, tras el cumplimiento del período mínimo de revisión, las personas internas no están en condiciones de reinsertarse, ello no puede entenderse como un fracaso individual sino como un claro indicio de que el sistema penitenciario español no ha cumplido su función. La responsabilidad no recae únicamente en la persona penada, sino en la falta de recursos, programas y voluntad institucional para hacer efectiva la reinserción que establece la Constitución.

La prisión preventiva

Esta medida cautelar implica la privación de libertad de una persona antes de que se dicte una sentencia firme condenatoria. Su aplicación es objeto de debate debido a su impacto en los derechos fundamentales de los sujetos privados de libertad, especialmente su incidencia en la salud mental.

España tiene un porcentaje de presos en prisión preventiva inferior a la media de la UE, pero su duración y sus plazos son más extensos. Además, utiliza menos medidas alternativas a la prisión provisional, como la vigilancia telemática, a diferencia de países del norte, como Alemania o Países Bajos. (Consejo de Europa, 2022)

La prisión provisional en la Comunidad Valenciana presenta particularidades en comparación con la situación en el resto del país, dada la masificación carcelaria, la falta de recursos médicos y de personal especializado, factores que agravan la situación junto con la incertidumbre sobre su futuro o el estigma social. (Cadena Ser, 2024)



En aquellos casos en los que se constate que la prisión provisional puede generar o agravar problemas de salud, tanto física como mental, en el acusado, el marco legal vigente ampara al juez para aplicar **medidas alternativas** que mitiguen dicho impacto. No obstante, en la práctica, estas medidas son utilizadas de manera excepcional.



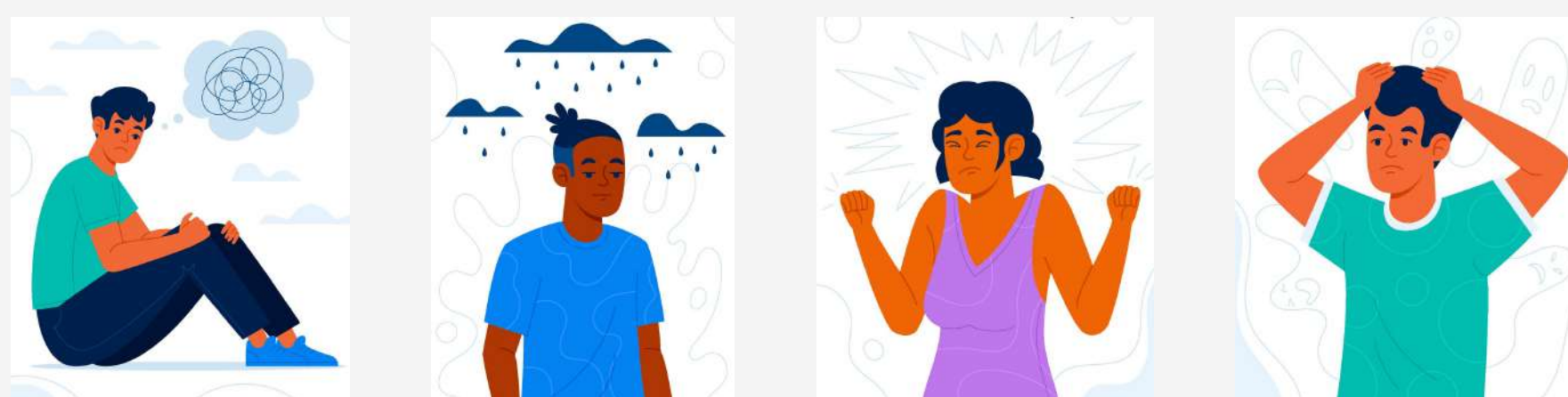
El artículo 508 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (1882) contempla la posibilidad de, cuando el internamiento en un centro penitenciario suponga un peligro para la salud del investigado, sustituir la prisión provisional por un arresto domiciliario con vigilancia y permisos de salida para llevar a cabo el tratamiento de su enfermedad. No obstante, su aplicación en el ámbito de los problemas de salud mental es limitada. Esto responde, en parte, a la falta de protocolos claros que regulen la evaluación psiquiátrica en estos casos, así como a la percepción de que la prisión provisional es una medida de seguridad prioritaria frente a otras opciones menos restrictivas.

Dada la especial vulnerabilidad de las personas con afecciones mentales y el principio de proporcionalidad que rige la adopción de medidas cautelares, es recomendable una mayor aplicación de alternativas en aquellos casos en los que la prisión preventiva pueda suponer un riesgo significativo para la salud, tanto física como mental, del acusado.

Estas alternativas deben ir de la mano de reformas en el tratamiento sanitario del sistema penitenciario, concretamente en el ámbito de la salud mental, al que se deben destinar más recursos y de mejor calidad. Es necesaria una mayor inversión en profesionales de la psiquiatría, la psicología y otras profesiones que actualmente trabajan en este ámbito desde el punto de vista clínico y social, para garantizar la disponibilidad de profesionales suficientes para atender las necesidades de los internos en centros penitenciarios.



Además, se debe capacitar al personal en la identificación y manejo de trastornos mentales para prevenir situaciones críticas. También deben implementarse protocolos de evaluación para identificar los trastornos mentales ya existentes en los internos, así como los posibles riesgos de padecerlos, tanto en el ingreso de prisión preventiva como en el ingreso a prisión tras una sentencia condenatoria.



En conclusión, la aplicación de la prisión preventiva en España, y especialmente en la Comunidad Valenciana, presenta deficiencias que inciden negativamente en la salud mental de los internos. Pese a la existencia de alternativas legales, estas se aplican de forma excepcional, lo que evidencia la necesidad de reforzar su uso, especialmente en casos de perjuicio a la salud del acusado. Asimismo, urge mejorar la atención en salud mental dentro del sistema penitenciario, siguiendo modelos europeos más garantistas que priorizan la proporcionalidad y el respeto a los derechos fundamentales, atendiendo la salud mental de los internos a la hora de aplicar medidas tan restrictivas como la prisión provisional.

Vida en libertad



FAMILIA

TRABAJO

ESTIGMA

FUTURO

SOCIEDAD

TECNOLOGÍA

POBREZA



Aunque en la mayoría de los casos la vida en libertad puede ser considerada como el paso y etapa más esperada y anhelada, lo cierto es que se convierte en un verdadero desafío para quienes la enfrentan después de pasar un largo tiempo privados de la libertad. El mundo y la vida fuera de prisión avanza de una manera increíble, los cambios familiares, culturales, políticos, económicos y tecnológicos pueden suponer un factor de estrés importante para quienes salen de este espacio entre muros que parece perdido en el tiempo.

Cuando la persona cumple su condena y queda en libertad, dependiendo del tiempo en que haya estado en cautiverio, tendrá que enfrentarse nuevamente con el mundo y con la comunidad. En este momento, las experiencias pueden ser muy dispares (Dechiara P. 2012).

Como sabemos, la despersonalización es una de las manifestaciones características de los síntomas disociativos. En cuanto a las respuestas de los reclusos, una vez liberados, podemos encontrar: una reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas, la sensación de desapego, una significativa reducción de la vida afectiva, así como la sensación de un futuro desolador y desesperanza (Cazabat, E. 2001), reforzada por el estigma social y la falta de oportunidades sociolaborales.

SUICIDIO EN PRISIÓN: ENTRE LA SOLEDAD Y EL ABANDONO INSTITUCIONAL

El suicidio en los centros penitenciarios es un fenómeno multifactorial que constituye una de las principales causas de muerte no natural a nivel mundial, algo particularmente preocupante por la vulnerabilidad inherente de la población reclusa. En este contexto, la Comunidad Valenciana presenta cifras que invitan a un análisis crítico profundo que va más allá de las cifras para abordar el impacto de las condiciones carcelarias en la salud mental de las personas privadas de libertad.

La prevalencia de suicidios en prisión es considerablemente mayor que en la población general, pues mientras que la tasa de suicidios en España se sitúa en 8,3 por cada 100.000 habitantes, en las instituciones penitenciarias la tasa alcanza cifras hasta 9 veces superiores, una cifra que se eleva aún más entre personas con patología dual; como indican Markez et al. (2022) y Bedoya et al. (2005), quienes subrayan que este riesgo desproporcionado responde a una combinación de factores individuales y estructurales.

En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, el 38,7% de las personas que se suicidaron en prisión en 2023 no participaban en actividades terapéuticas o recreativas, lo cual subraya la falta de intervenciones integradoras que promuevan un sentido de pertenencia o utilidad (Informe sobre Suicidios en Instituciones Penitenciarias, 2024).



Del mismo modo, el impacto del encierro y la falta de redes de apoyo externo también son determinantes críticos como se muestra en los datos oficiales, donde un 45,2% de las personas que se suicidaron no mantenían comunicación con familiares, y más del 60% de los casos ocurrieron en celdas individuales (Markez et al., 2022; Informe 2024). Estas condiciones amplifican la sensación de abandono y soledad, elementos claves en la ideación suicida según la literatura (Organización Panamericana de la Salud, 2020). La sensación de abandono y soledad en prisión surge como consecuencia directa de la desconexión emocional y social que muchas personas privadas de libertad experimentan como consecuencia de la separación de sus seres queridos, la falta de comunicación efectiva con el exterior y la inexistencia de redes de apoyo dentro del entorno penitenciario; lo que genera un estado de aislamiento psicológico que va más allá de la separación física. (Marzano et al., 2016; Rivlin et al., 2013).

90,3% de los suicidios en prisiones fueron cometidos por **varones**

Edad promedio de **38,32** años

Mayor prevalencia en los **primeros meses** tras el ingreso

Nivel educativo bajo (74,2% sin estudios o con estudios primarios)

El 67,7% presentaban **antecedentes de drogodependencias**, y un tercio había sufrido experiencias traumáticas en su vida



La duración de la condena también juega un papel importante. El 48,3% de los casos cumplía condenas superiores a dos años, mientras que un 12,9% estaba próximo a la fecha de libertad definitiva, lo que sugiere que tanto la percepción de largos periodos de encierro como la ansiedad ante la reintegración social pueden ser precipitantes del suicidio. Un porcentaje significativo (93,5%) no tenía acceso a permisos de salida, lo que refuerza la sensación de aislamiento. Además, un 38,7% no participaba en ninguna actividad formativa, recreativa o laboral, y un 12,9% había abandonado estas actividades poco antes de su fallecimiento (Informe sobre Suicidios en Instituciones Penitenciarias, 2024).

El Informe sobre Suicidios en Instituciones Penitenciarias, (2024) señala que el 67,7% de los internos que se suicidaron no habían presentado autolesiones previas en prisión, y un 96% no había protagonizado tentativas de suicidio en el último año, lo que puede dificultar la detección de casos de riesgo.

Sin embargo, el 41,9% había estado en algún momento bajo el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS), aunque solo el 6,5% lo estaba en el momento de su fallecimiento (Informe sobre Suicidios en Instituciones Penitenciarias, 2024).

En este sentido, los Protocolos de Prevención del Suicidio implementados en las prisiones españolas han buscado mitigar este riesgo mediante el monitoreo constante y la detección temprana de señales de alarma. Sin embargo, el Informe sobre Suicidios en Instituciones Penitenciarias (2024) señala que un 58,1% de los internos que se suicidaron nunca habían estado en PPS, lo que evidencia la necesidad de mejorar los mecanismos de identificación de riesgo. Además, entre aquellos que estuvieron bajo este protocolo, muchos refirieron experiencias de vigilancia intrusiva que, lejos de ofrecer contención, intensificaron su sensación de desesperanza.

A pesar de estas limitaciones, los PPS han demostrado ser efectivos en algunos contextos cuando se complementan con intervenciones terapéuticas y psicosociales; por ello, estas estrategias deben incluir no solo la supervisión de la persona interna, sino también programas de rehabilitación integral que atiendan tanto los factores individuales como las dinámicas relacionales e institucionales que perpetúan el riesgo suicida dentro de prisión. La Organización Panamericana de la Salud (2020) destaca que las medidas más efectivas para prevenir el suicidio incluyen la capacitación del personal penitenciario, el acceso a tratamientos psicológicos y psiquiátricos y la mejora de las condiciones de vida dentro de los centros.

Como planteábamos al principio, el entorno penitenciario agrava el riesgo de suicidio debido a factores como el aislamiento social, la falta de actividades significativas y la pérdida de redes de apoyo. Aunque el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) ha demostrado eficacia en ciertos casos, un 93,5% de las personas no estaban incluidas en este al momento de su fallecimiento, lo que sugiere problemas en la detección temprana de riesgo.

El encierro prolongado, especialmente en celdas individuales (58% de los casos), y las limitaciones regimentales (22,6% en aislamiento) son elementos que incrementan la vulnerabilidad emocional. Además, las rupturas familiares y las dificultades económicas emergen como precipitantes relevantes, reflejando la importancia de los vínculos sociales en la prevención.

El abordaje preventivo requiere un cambio estructural que priorice la atención integral a la salud mental y la inclusión social dentro de las cárceles. Las recomendaciones del Defensor del Pueblo (2019) incluyen una mejora en los protocolos de prevención de suicidios, mayor acceso a programas terapéuticos y el fortalecimiento de las redes de apoyo externo. Además, es fundamental integrar una perspectiva más humana en la gestión penitenciaria, fomentando espacios de autonomía y reduciendo el aislamiento mediante actividades grupales y de formación laboral (Markez et al., 2022).

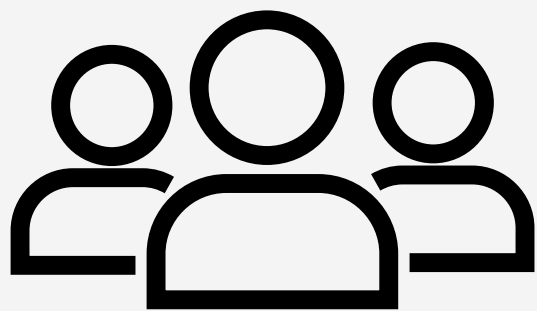
En la siguiente tabla se resume la distribución de suicidios en la Comunidad Valenciana en 2023, ilustrando la incidencia por centros penitenciarios:

Centro Penitenciario	Número de suicidios	Porcentaje sobre el régimen total regional
Picassent	8	53.3%
Villena	4	26.7%
Castellón I	2	13.3%
Castellón II	1	6.7%
Total	15	100%

¿QUÉ PIENSA LA SOCIEDAD?

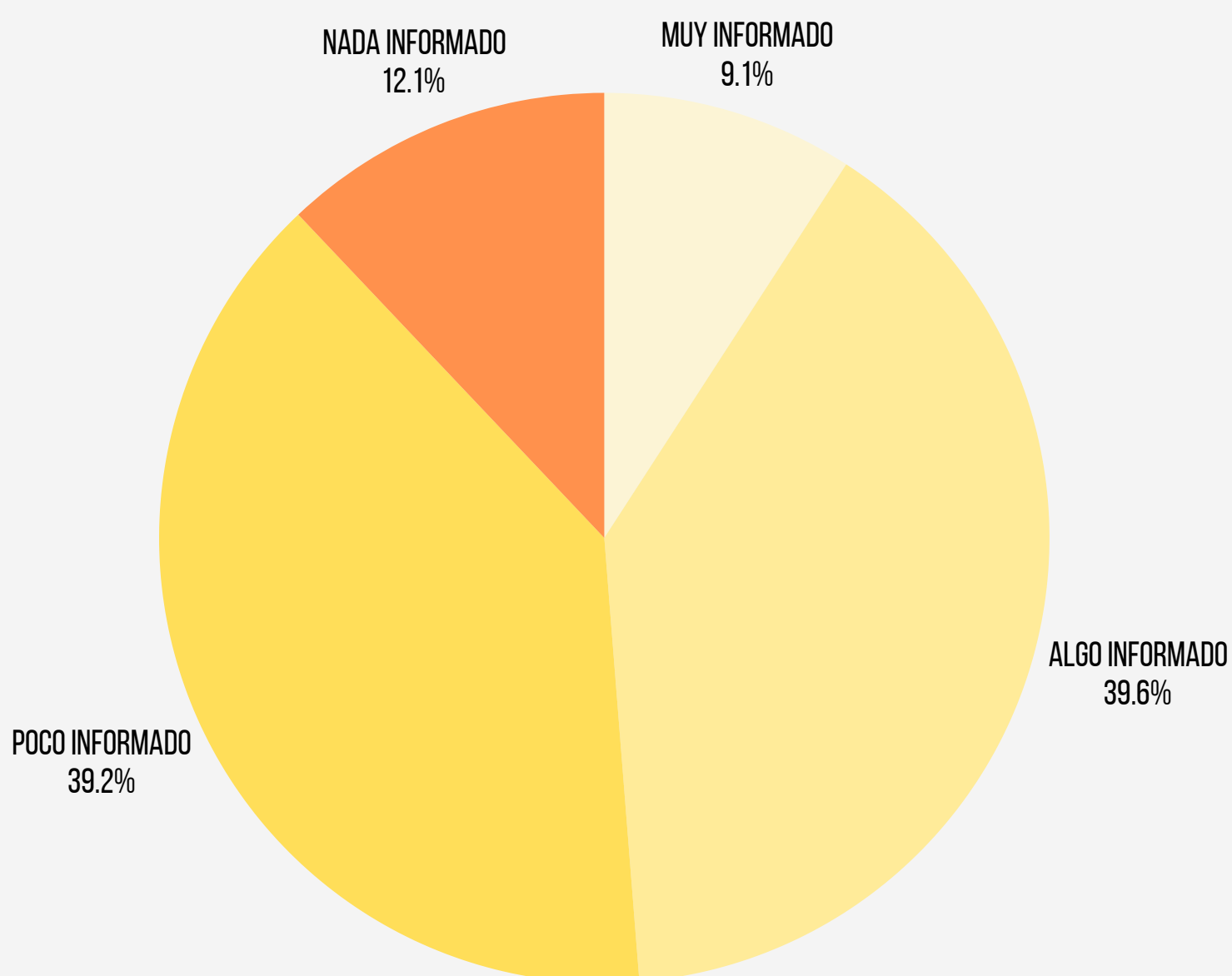
La opinión de la ciudadanía es un pilar fundamental en la defensa y promoción de los derechos humanos. En el ODSP entendemos que la sociedad civil desempeña un rol activo en la construcción de una justicia social más inclusiva y equitativa. Por ello, realizamos una encuesta dirigida a 175 personas mayores de 18 años, provenientes de diversas formaciones profesionales, con el objetivo de conocer su percepción sobre los derechos de las personas privadas de libertad y su visión respecto al funcionamiento adecuado de los centros penitenciarios.

**175
PERSONAS**



21.1% 18-25 AÑOS
52.6% 25-45 AÑOS
26.3% 45 AÑOS O MÁS

NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE DDHH EN PRISIÓN



SI 94.3%

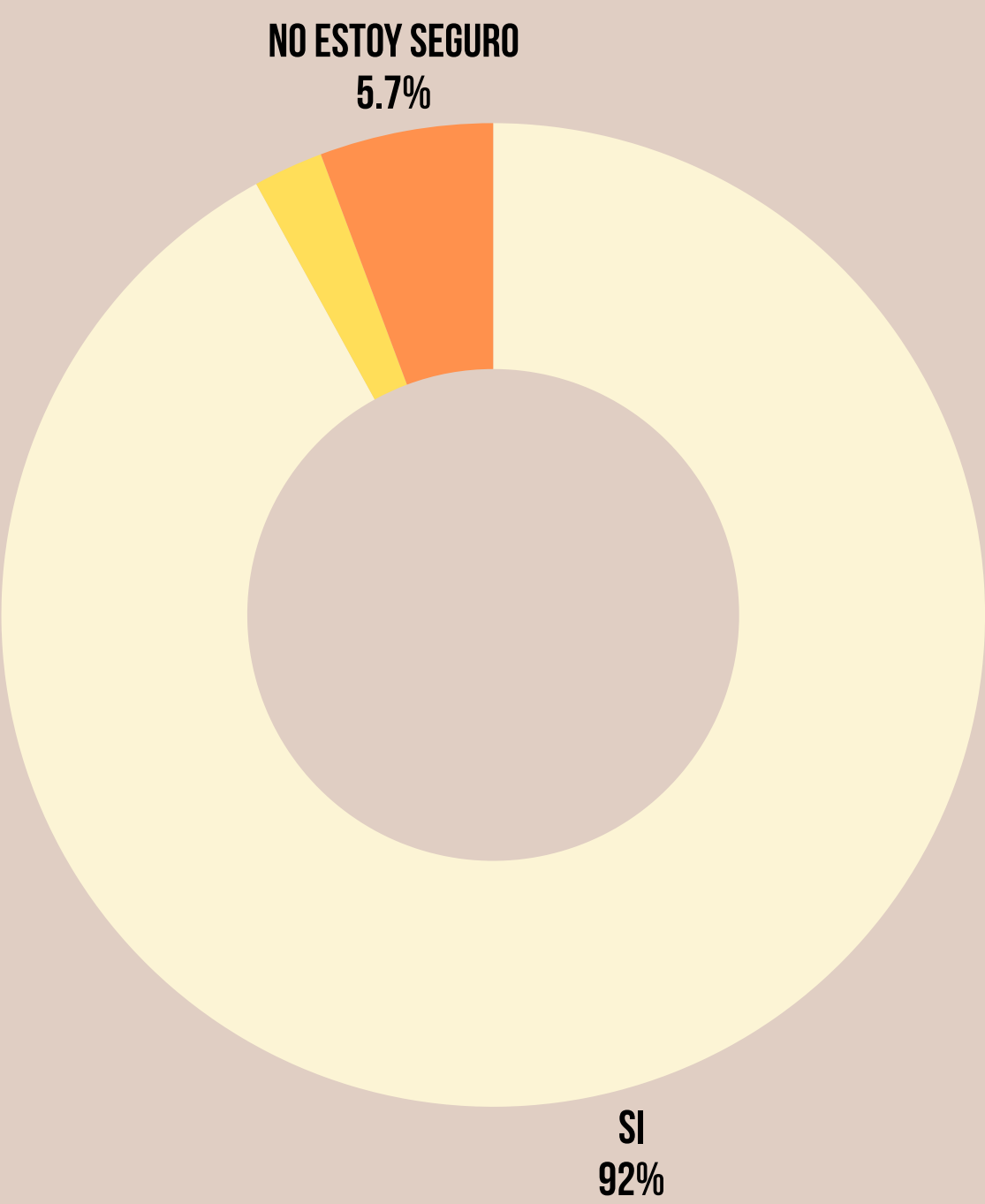
NO 5.7%

**¿SABÍAS QUE LAS PERSONAS
EN PRISIÓN TIENEN DERECHO A
CONDICIONES DE VIDA DIGNAS?**

¿Crees que las personas en prisión deben tener acceso a atención médica adecuada?

SI 95.4%

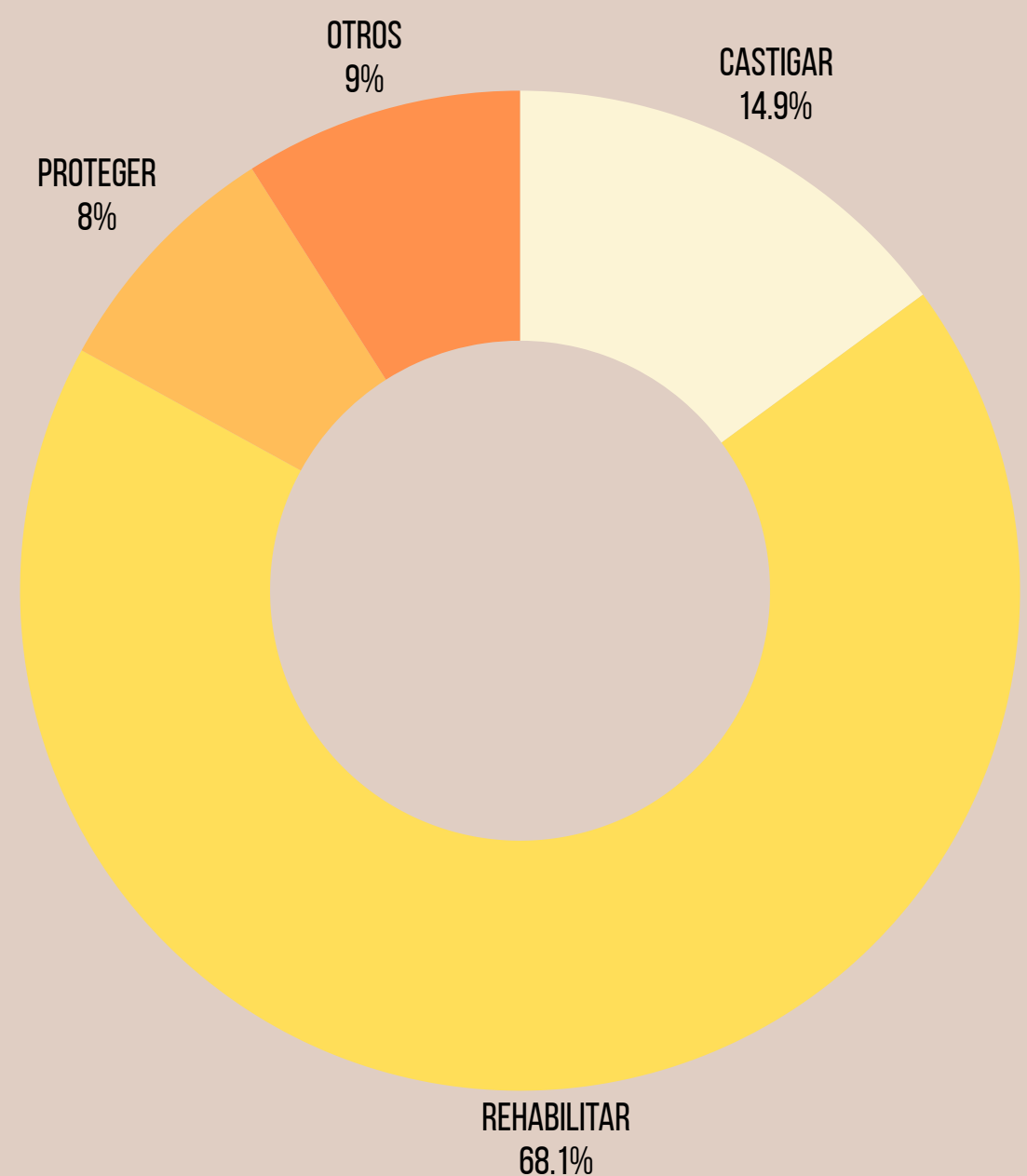
¿Crees que la falta de atención a la salud mental en prisión puede aumentar la reincidencia delictiva?



El **99.4%** de las personas encuestadas consideran importante la atención psiquiátrica dentro de prisión, mientras que el **97.1%** consideran que debería ser obligatorio que las prisiones cuenten con programas de tratamiento para trastornos mentales

PREGUNTA	SI	NO
¿Crees que las personas privadas de su libertad tienen derecho a educación o actividades de rehabilitación?	96.6%	3.4%
¿Consideras que los derechos de las víctimas de un delito se ven afectados si se garantizan los derechos humanos de las personas en prisión?	83.4%	16.6%
¿Crees que las personas privadas de libertad merecen una segunda oportunidad?	91.4%	8.6%
¿Has oído hablar de casos de violaciones de derechos humanos en prisiones?	81.7%	18.3%
¿Crees que se debería invertir más recursos públicos para mejorar las condiciones en las prisiones?	78.3%	21.7%

FIN O PROPÓSITO DE LA PRISIÓN



Ahora, entre los aspectos a mejorar dentro de prisión, más del **70%** en cada rango, considera que se debe mejorar el acceso a la educación, la atención médica adecuada, alimentación suficiente y de calidad, condiciones de higiene personal y acceso al trabajo.

OPINIONES

UNA PERSONA NO DEJA
DE SER HUMANA
AUNQUE HAYA
COMETIDO UN DELITO

SI MEJORAMOS LAS
CONDICIONES EN PRISIÓN,
TAMBIEN MEJORAMOS LA
SEGURIDAD FUERA DE
ELLA

LA PRISIÓN DEBERÍA
ENFOCARSE MÁS EN
REHABILITAR QUE EN
CASTIGAR

¿EL ENDURECEIMIENTO DE LAS PENAS
ES NECESARIO PARA LA PREVENCIÓN
DEL DELITO?

47.4% **SI**

NO 52.6%



DROGAS Y PRISIÓN

Análisis de consumo antes, durante y después de su paso por prisión



El consumo de drogas siempre ha sido un punto neurálgico en todo aquello que tiene que ver con salud, delito y prisión. Las prácticas de consumo no solo incentivan políticas públicas penales prohibicionistas, sino que son la base de diversos estudios que ubican el consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para padecer o agravar enfermedades físicas y problemas de salud mental.

No existe un orden único que determine la relación entre el consumo de drogas, la privación de libertad y los trastornos mentales. Es decir, no siempre es posible saber si la persona fue condenada por consumo, si comenzó a consumir estando ya en prisión por otro delito, si el consumo agravó un trastorno mental previo o si, por el contrario, fue el detonante de dicho trastorno. Aunque la secuencia de los factores puede variar en cada caso, lo cierto es que el desafío para el tratamiento penitenciario sigue siendo el mismo: abordar de manera integral esta compleja interrelación para garantizar una atención adecuada.

Las recientes crisis de sanidad penitenciaria que tienen como base en consumo de drogas, como la transmisión del VIH, las sobredosis por consumo y la frecuencia elevada de patología dual, siguen siendo problemáticas de alto impacto que deben ser tratadas con prontitud por las autoridades penitenciarias, no solo persuadiendo a la población sobre el consumo de drogas sino también controlando y supervisando el consumo seguro.

A continuación, analizaremos la información reportada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones del Ministerio de Sanidad en el año (2022), la cual es extraída de la encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias, que nos muestra la realidad del consumo de drogas antes, durante y después del paso en prisión:

-En el mismo rango de edad estudiado, de 15 a 64 años, el consumo de drogas ilegales es más elevado en la población penitenciaria previamente a su ingreso en prisión (12 meses previos), que el consumo de la población general, destacando las diferencia en el consumo de cannabis y cocaína.

-Respecto a las edades de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, la población penitenciaria empieza a consumir drogas a edades más tempranas que la población general de 15 a 64 años. En la mayoría de las drogas la diferencia no supera los 3 años, salvo en los tranquilizantes (9 años).

-El 75,1% de la población penitenciaria ha consumido alguna droga ilegal estando en libertad. En este informe las drogas ilegales que se incluyen son: tranquilizantes no recetados, cannabis, cannabinoides, heroína sin mezclar, metadona no recetada, buprenorfina no recetada, fentanilo no recetado, cocaína base, cocaína polvo, heroína mezclada con cocaína, anfetaminas, metanfetamina éxtasis, alucinógenos, inhalables volátiles, ketamina, LSD, setas mágicas, catinonas sintéticas, esteroides anabolizantes y GHB.

-El 58,9% de la población penitenciaria privada de libertad ha consumido alguna droga ilegal en el último año en libertad, el 53,5% en el último mes en libertad y el 16,8% lo ha hecho en los últimos 30 días dentro de prisión. El cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en libertad como en prisión.

-Respecto al consumo de drogas legales, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en libertad. El tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida tanto en libertad como en prisión. A este respecto hay que señalar que actualmente en los centros penitenciarios se permite fumar en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en las salas cerradas habilitadas al efecto.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL DE LAS PERSONAS CON ADICCIONES EN LAS PRISIONES DE ESPAÑA

Según el informe “Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género” elaborado por la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) en el año 2021:

El perfil del varón tiene una edad media de 39 años, es de nacionalidad española (69,87%), residente en España (93%) antes de ingresar en prisión, identificado con el grupo étnico blanco (54,9%) aunque un 11,5% es de étnia gitana, y con orientación heterosexual (97,48%). Con un nivel de estudios de educación primaria, equivalente a EGB (34,1%).





MUJERES, DROGAS Y PRISIÓN

El consumo de drogas entre mujeres privadas de libertad en España es un fenómeno complejo que impacta significativamente en su salud física y mental, además de influir en su trayectoria delictiva y en las políticas penitenciarias. Este consumo no solo refuerza medidas punitivas, sino que también es objeto de estudios que analizan su impacto en enfermedades físicas y trastornos mentales, especialmente en mujeres con antecedentes de violencia de género, exclusión social o trastornos psiquiátricos previos.

Un estudio de la Red de Atención a las Adicciones (UNAD) revela que los ansiolíticos, como los barbitúricos o las benzodiacepinas, son las drogas más consumidas por las mujeres en prisión, con un 87% de consumo diario entre las usuarias. Además, el 90% fuma tabaco, casi la mitad consume hipnóticos y ansiolíticos y aproximadamente un tercio utiliza cannabis. Otras sustancias consumidas incluyen cocaína (25,6%), alcohol (25,6%) y heroína (14,5%).

El mismo informe destaca que una de cada tres mujeres drogodependientes en prisión tiene diagnosticada algún tipo de trastorno mental, principalmente depresión. Además, el 74,8% ha sufrido maltrato físico, el 80,6% maltrato psicológico y el 45,3% ha sido víctima de abusos o agresiones sexuales.

Estos antecedentes de violencia y abuso están estrechamente relacionados con el consumo de sustancias, ya que muchas mujeres recurren a las drogas como mecanismo de afrontamiento ante experiencias traumáticas.

Para abordar esta problemática, se han implementado programas específicos en centros penitenciarios españoles. Un ejemplo es el Programa de Intervención con Mujeres con Problemas de Adicción desde la Perspectiva de Género, desarrollado por la Fundación Diagrama y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Durante 2024, este programa atendió a 150 mujeres reclusas en diversos centros penitenciarios, incluyendo los de Valencia, Castellón, Alicante, Murcia, Sevilla y A Coruña.

El programa se estructuró en cuatro bloques con 16 sesiones, enfocadas en áreas psicoeducativa, personal, psicosocial y relacional. Los resultados fueron positivos: el 86,6% de las participantes aumentó su predisposición al cambio respecto a sus adicciones, y el 95% adquirió estrategias de afrontamiento relacionadas con el doble estigma social que enfrentan.

Las mujeres en prisión enfrentan desafíos particulares en comparación con sus homólogos masculinos. Factores como las cargas familiares, las expectativas sociales y el acceso limitado a recursos de apoyo complican su proceso de rehabilitación. Además, muchas de estas mujeres han sido víctimas de violencia de género, lo que agrava su vulnerabilidad y puede dificultar su participación en programas de tratamiento. Es esencial que las intervenciones consideren estas diferencias y adopten un enfoque de género que aborde las necesidades específicas de las mujeres privadas de libertad.



En conclusión, vemos que el consumo de drogas entre mujeres en prisión es un problema multifacético que requiere intervenciones especializadas y sensibles al género. Estos hallazgos evidencian la urgencia de implementar políticas y programas penitenciarios que aborden el consumo de drogas entre las mujeres privadas de libertad desde una perspectiva integral y de género, considerando sus necesidades específicas y promoviendo su rehabilitación y reinserción social.



MENORES EN EL ENTORNO

PENITENCIARIO

Vulneración de DDHH y salud mental

La situación de los menores en contextos penitenciarios, ya sea por su reclusión junto a sus madres o por la separación de estas, representa una grave vulneración de sus derechos fundamentales, con un impacto significativo en su salud mental y desarrollo integral. A continuación, se presentan los puntos críticos:



1. Vulneración del Derecho a la Salud Mental:

- Falta de acceso a servicios especializados: Los sistemas penitenciarios carecen de profesionales en salud mental infantil, dejando a los menores con trastornos sin atención ni tratamiento adecuado.
- Condiciones de encierro perjudiciales: El hacinamiento, la violencia y el aislamiento prolongado generan o agravan trastornos como ansiedad, depresión y estrés postraumático. Los niños expuestos a estos entornos enfrentan un riesgo elevado de “estrés tóxico”, que provoca desórdenes emocionales, dificultades de aprendizaje y problemas de conducta a largo plazo, incumpliendo el principio del interés superior del menor y lo expresamente previsto en el art. 12 de la Convención de Derechos del niño y el art. 11 de la Ley Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia.
- Trauma previo y continuado: Muchos menores llegan a prisión con antecedentes de abuso o negligencia, y el entorno carcelario, lejos de ofrecer intervención psicológica, puede exacerbar estos traumas mediante la exposición a violencia física, emocional o sexual.

2. Impacto del Encierro en el Desarrollo Infantil:

- Entorno incompatible con el desarrollo: Actualmente, 436 niños de 0 a 6 años viven en cárceles del país junto a sus madres. Estas instalaciones no cuentan con condiciones adecuadas para su desarrollo físico, emocional o cognitivo. Los menores crecen sin acceso a espacios lúdicos, libertad de movimiento o estímulos propios de su edad, como jugar en una plaza o disfrutar de intimidad familiar.
- Efectos psicológicos y sociales: Los niños en prisión desarrollan temor, ansiedad, apatía, baja autoestima y problemas de apego. Algunos estudios señalan que presentan menor estatura, mayor índice de masa corporal y trastornos emocionales en un 39% de los casos. También se observa un desarrollo más lento, introversión y dificultades para relacionarse con otros niños o figuras externas.



3. Separación Familiar y sus Consecuencias:

- Ruptura del núcleo familiar: La separación de sus madres, especialmente en hogares monoparentales, implica para muchos menores la pérdida de su hogar, la separación de sus hermanos y la convivencia con parientes lejanos o desconocidos. Esto vulnera el derecho a vivir en familia, protegido por la Convención sobre los Derechos del Niño y legislaciones nacionales.
- Impacto emocional y educativo: La separación abrupta genera sentimientos de abandono, tristeza y culpa, afectando la estabilidad emocional de los menores. Además, muchos abandonan la escuela tras el encarcelamiento de sus madres, lo que compromete su derecho a la educación.
- Falta de derecho a ser oídos: Los niños no son consultados ni considerados en las decisiones que los separan de sus familias, incumpliendo el principio del interés superior del niño.

4. Estigmatización y Obstáculos para la Reinserción:

- La etiqueta de “delincuente” desde temprana edad, junto con la falta de programas de rehabilitación y apoyo psicológico, fomenta la baja autoestima y aumenta el riesgo de reincidencia.
- La ausencia de medidas alternativas al encarcelamiento, como programas de reinserción o apoyo educativo, limita las oportunidades de los menores para integrarse socialmente.

5. Carencias en Políticas Públicas:

- Ausencia de protocolos específicos: No existen políticas públicas efectivas que garanticen el bienestar mental y emocional de los menores en prisión o separados de sus madres. Se priorizan enfoques punitivos sobre los terapéuticos y restaurativos.
- Necesidad de medidas alternativas: La detención de menores debe ser el último recurso, privilegiando programas de apoyo psicosocial, educación y reinserción familiar. En el caso de los niños que viven con sus madres, se requieren unidades externas o módulos maternos diseñados para su desarrollo integral, como los existentes en algunos países (ej. España).

RECOMENDACIONES

Implementar programas de atención psicológica y educativa en los centros penitenciarios, adaptados a las necesidades de los menores.

Crear unidades externas para madres e hijos que permitan un entorno seguro y estimulante, evitando la exposición al contexto carcelario.

Desarrollar políticas públicas que promuevan alternativas al encarcelamiento y apoyen la reinserción familiar y social de los menores.



LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN VISTA DESDE EL TERCER SECTOR



El Arca Nazaret es una organización con más de 30 años de experiencia que aborda de forma integral las necesidades de menores en riesgo mediante educación, apoyo emocional, actividades comunitarias y fortalecimiento familiar. Todo ello se sustenta en un compromiso firme con los derechos infantiles, la formación continua de voluntarios y la cooperación interinstitucional

Desde la perspectiva de entidades del tercer sector como la asociación El Arca, la prevención se entiende como un proceso integral, comunitario y a largo plazo, centrado en la construcción de vínculos, la generación de espacios seguros y el acompañamiento continuado. El Arca, establecida en el barrio de Nazaret desde 1991, trabaja prioritariamente con menores y familias en situación de vulnerabilidad, ofreciendo un modelo de intervención que parte del acompañamiento social, psicosocial y jurídico desde una perspectiva cercana, humana y accesible.

La prevención, en este contexto, se concreta en múltiples niveles. Por un lado, a través de actividades de ocio y tiempo libre que permiten a niños y niñas disponer de un entorno seguro, estructurado y positivo, que actúa como factor protector frente a dinámicas de riesgo. Por otro, mediante una intervención más profunda y profesionalizada en coordinación con servicios sociales, escuelas y familias, se desarrollan planes individualizados que abordan las necesidades emocionales, sociales y educativas de los menores.

El enfoque preventivo de El Arca se fundamenta en el acompañamiento constante a lo largo del ciclo vital.

Esto se evidencia en las trayectorias de menores que, tras años de participación en la entidad, continúan vinculados a ella incluso en la edad adulta, buscando apoyo ante dificultades vitales. Esta continuidad en el vínculo permite detectar y abordar las dificultades a tiempo, evitando que se agraven o desemboquen en situaciones más graves, como por ejemplo, la entrada en el sistema penal.

Desde El Arca se subraya que, aunque resulta difícil establecer relaciones causales directas entre la participación en la entidad y determinados logros vitales (como la finalización de estudios o el acceso a empleo estable), sí se puede afirmar que el centro representa una figura de apoyo constante que influye positivamente en la trayectoria de vida de muchas personas. Su función preventiva se basa en la creación de comunidad, en la confianza mutua y en la intervención temprana ante las dificultades del entorno.

En definitiva, El Arca representa un claro ejemplo del valor preventivo del tercer sector en contextos de vulnerabilidad social, mostrando cómo el trabajo de base, sostenido en el tiempo y centrado en la persona, puede contribuir de forma significativa a evitar procesos de exclusión, cronificación del malestar o institucionalización.

COBERTURA LIMITADA DEL MODULO **PAIEM**



El Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental en Prisión (PAIEM) se ha consolidado como una iniciativa clave en el sistema penitenciario español desde su implementación en 2009. Este programa busca atender a personas privadas de libertad diagnosticadas con Trastornos Mentales Graves (TMG), definidos como condiciones psiquiátricas severas y persistentes que afectan significativamente la funcionalidad y la autonomía de los individuos.

En un contexto antipedagógico como la prisión, la necesidad de un programa como el PAIEM se sustenta en la prevalencia desproporcionadamente alta de trastornos mentales en la población penitenciaria, que en España alcanza el 34,8 % según el Ministerio de Sanidad (2022). Sin embargo, su eficacia y alcance han sido objeto de debate entre investigadores, profesionales y organizaciones de salud mental, como ahora veremos.

Según el Informe General de Instituciones Penitenciarias (2023), el programa PAIEM opera mediante equipos multidisciplinares que incluyen profesionales de la medicina, la psicología, el trabajo social y la educación; estando presente en el 95,2 % de los centros penitenciarios ordinarios de España a finales de 2023. Sin embargo, solo el **23,8 %** de estos contaba con un psiquiatra integrado, ya sea como consultor o como parte del servicio público de salud. Este déficit en la cobertura psiquiátrica plantea preguntas sobre la capacidad del programa para abordar de manera integral las necesidades complejas de las personas con TMG. Por ejemplo, estudios como el de Fazel y Seewald (2012) han subrayado la importancia de un enfoque multidisciplinar que incluya acceso continuo a tratamiento psiquiátrico para garantizar resultados efectivos en poblaciones penitenciarias vulnerables, algo que en las prisiones españolas no se está cumpliendo.

Por ello, y pesar de su amplia implementación, la cobertura del PAIEM sigue siendo limitada en comparación con la cantidad de personas que podrían beneficiarse del programa. En 2023, el programa atendió a un total de 1.996 personas, lo que representó el 4,67 % de la población penitenciaria total. Si bien esta cifra cumple con el indicador de calidad del programa marco, que establece un objetivo del 4 %, resulta evidente que una proporción significativa de la población diagnosticada con trastornos mentales graves queda fuera del alcance del PAIEM. Investigaciones como las de Zabala-Baños et al. (2016) destacan que hasta un 11,4 % de las personas reclusas podrían cumplir criterios de TMG, lo que sugiere que más de la mitad de esta población vulnerable no está siendo atendida de manera adecuada.

Esta brecha en la cobertura es especialmente preocupante en comunidades autónomas como la Comunidad Valenciana, donde el acceso a servicios de salud mental en prisión varía considerablemente entre los diferentes centros penitenciarios.

En la Comunidad Valenciana, los datos del programa PAIEM muestran una distribución desigual en la atención a las personas con TMG. Por ejemplo, según el Informe General de Instituciones Penitenciarias (2023), los centros penitenciarios de la región atendieron en conjunto a aproximadamente 215 personas a través del PAIEM, lo que representa el 10,7 % del total de participantes del programa a nivel nacional. Sin embargo, la región también alberga una de las tasas más altas de reclusos diagnosticados con trastornos psicóticos y patología dual, lo que sugiere que una proporción considerable de personas que necesitan atención especializada no está siendo incorporada al programa. Esta situación se ve agravada por la falta de recursos humanos y la limitada presencia de psiquiatras en los equipos PAIEM de la comunidad, una realidad que también ha sido documentada por otros investigadores (Pallarés-Neila y Utrera-Canalejo, 2022).

La eficacia del PAIEM también está vinculada a su capacidad para facilitar la reinserción social de las personas atendidas; así, durante 2023, se registraron 409 permisos terapéuticos y 156 derivaciones a centros comunitarios, cifras que reflejan un esfuerzo significativo por parte del programa para vincular a las personas reclusas con recursos sociosanitarios externos. Sin embargo, estudios como los de Oliveros et al. (2022) destacan que estas iniciativas son insuficientes para garantizar una transición exitosa a la comunidad, especialmente cuando no se realiza un seguimiento adecuado tras la liberación. Además, el éxito de la reinserción está fuertemente condicionado por la colaboración entre instituciones penitenciarias, servicios de salud pública y organizaciones del tercer sector, una coordinación que a menudo resulta deficiente en la práctica (Sanz et al., 2014).

La comparación entre la población general con TMG en prisión y las personas incluidas en el PAIEM pone de manifiesto la necesidad de una ampliación significativa del programa. Mientras que el 4,67 % de la población penitenciaria total fue atendida en 2023, las estimaciones sugieren que hasta un 11 % podría beneficiarse de las intervenciones del PAIEM. Además, la distribución diagnóstica dentro del programa revela un enfoque predominante en trastornos psicóticos (33 %) y patología dual (31 %), mientras que los trastornos afectivos y de personalidad, que también son prevalentes entre la población penitenciaria, reciben menos atención. Esta disparidad podría reflejar una falta de formación especializada o recursos suficientes para abordar una gama más amplia de diagnósticos psiquiátricos (Butler et al., 2022). A continuación, se presenta una tabla que ilustra la distribución por tipos de patologías en el PAIEM durante los años 2022 y 2023; reflejando una estabilidad relativa en la proporción de diagnósticos principales, con un ligero aumento en la prevalencia de la patología dual durante 2023.

Tipo de Patología	2022			2023		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Trastornos psicóticos	33,37	24,90	32,48	33,37	26,98	32,74
Trastornos afectivos	13,29	19,60	14,00	12,06	16,74	12,52
Trastornos de personalidad	21,46	27,00	22,00	19,89	26,98	20,58
Patología dual	28,88	28,00	28,80	31,04	28,37	30,78
Otros	2,99	0,50	2,70	3,63	0,93	3,37

FUENTE: INFORME GENERAL INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2023). ELABORACIÓN PROPIA (2025).

En conclusión, aunque el PAIEM representa un avance significativo en la atención a personas con TMG en prisión, pero su es cobertura limitada, la falta de recursos especializados y las desigualdades en el acceso plantean retos importantes que deben ser abordados. Es crucial implementar medidas que amplíen el alcance del programa, refuercen los equipos multidisciplinarios con la incorporación de más psiquiatras y garanticen la inclusión de todas las personas diagnosticadas con TMG, independientemente de su género o ubicación geográfica. Además, es fundamental fortalecer la coordinación entre los sistemas penitenciarios y los recursos comunitarios para asegurar una reinserción sostenible y reducir las tasas de reincidencia. Estos esfuerzos no solo beneficiarán a las personas atendidas, sino que también contribuirán a una gestión penitenciaria más justa y efectiva. Las futuras investigaciones deberán centrarse en evaluar la eficacia a largo plazo del PAIEM y explorar estrategias innovadoras para optimizar su impacto en la salud mental de las personas privadas de libertad.

TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS DE SANIDAD PENITENCIARIA

LEY 16/2003

Tal y como se ha señalado en informes anteriores, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece la obligación de transferir los servicios sanitarios penitenciarios a las comunidades autónomas, con el fin de integrarlos en sus respectivos sistemas públicos de salud. No obstante, la Comunitat Valenciana no ha materializado dicha transferencia, cuyo plazo expiró en 2004, manteniéndose la gestión en manos del Ministerio del Interior, lo que dificulta su adecuación a los principios de equidad y coordinación asistencial. Una asunción efectiva por parte de la Generalitat permitiría integrar la atención en salud mental penitenciaria bajo la responsabilidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, dotando a los centros de personal sanitario suficiente y cualificado, garantizando el acceso a una historia clínica única y a recursos del sistema público, promoviendo un enfoque terapéutico frente al punitivo, reduciendo el estigma profesional y mejorando la continuidad asistencial tras la excarcelación.

En el marco de la elaboración de la cuarta edición del Odsp 2024, se han llevado a cabo entrevistas de colaboración con entidades del tercer sector pertenecientes a la Comunidad Autónoma del País Vasco y a la Comunidad Foral de Navarra, territorios en los que la transferencia de competencias sanitarias ya ha sido efectivamente implementada. Estas entrevistas han permitido recabar información cualitativa de especial interés sobre la realidad que dichas entidades experimentan tras el proceso de transferencia.

PAÍS VASCO



Bidesari es una entidad sin ánimo de lucro que nace desde la Pastoral Penitenciaria de la Diócesis de Bilbao en 1994. Su objetivo principal es optimizar la calidad de vida de las personas privadas de libertad desde un enfoque de justicia restaurativa, acompañándolas en sus procesos sanitarios, sociales y comunitarios. Su intervención se desarrolla tanto dentro de los centros penitenciarios de Bizakaia y Araba, como en servicios residenciales fuera de estos. A través de programas individualizados y grupales, la entidad busca dotar a los y las participantes de habilidades personales y sociales que fomenten su autonomía.

NAVARRA



Salhaketa Nafarroa es una asociación constituida en 1988 en la Comunidad Foral de Navarra, dedicada al acompañamiento y apoyo de personas privadas de libertad, ex reclusas y a sus familiares. Con el paso del tiempo, la entidad ha evolucionado hacia una postura abiertamente anticarcelaria y antipunitivista, defendiendo la abolición del sistema penitenciario, del sistema penal en su conjunto y, en términos más amplios, de la cultura del castigo como eje estructura de las políticas de control social.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ALGÚN TRASTORNO MENTAL DENTRO DE PRISIÓN?

Según Bidesari, los principales desafíos a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales en el ámbito penitenciario son la insuficiencia de atención especializada y continuada dentro de los centros, así como la necesidad de un enfoque que priorice la comprensión de la salud mental por encima de la mera interpretación conductual. Consideran esencial acompañar a la persona desde una perspectiva integral y humanizada, así como establecer itinerarios de seguimiento individualizado que aseguren la continuidad asistencial tras la puesta en libertad.

Para Salhaketa Nafarroa, el mayor desafío que enfrentan las personas diagnosticadas con algún trastorno mental en prisión es verse obligadas a habitar en un entorno penitenciario cuyo régimen y estructura no están adaptados a sus necesidades específicas. Esta situación se agrava durante episodios de descompensación, en los que el personal funcionario, con frecuencia sin formación especializada en salud mental, recurre a medidas de carácter punitivo, como sanciones disciplinarias de aislamiento o incluso el uso de la fuerza física. Desde la entidad se denuncia que la vida en prisión, lejos de facilitar procesos de recuperación o acompañamiento terapéutico, constituye en sí misma un factor agravante del sufrimiento psíquico de estas personas.

A NIVEL SANITARIO, ¿QUÉ DEFICIENCIAS QUE PRESENTAN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN LAS QUE TIENE PRESENCIA LA ENTIDAD?

Entre los principales desafíos sanitarios identificados en las instituciones penitenciarias donde interviene Bidesari, se destaca la necesidad de una adecuada articulación entre el régimen penitenciario y el tratamiento terapéutico, entendidos ambos como elementos fundamentales para una gestión penitenciaria eficaz y respetuosa con los derechos fundamentales. Se subraya la importancia de una coordinación efectiva entre los sistemas de justicia y salud, con el fin de garantizar una atención médica oportuna y continuada. Resulta imprescindible asegurar la dotación de recursos adecuados y la gestión de las diferencias en la calidad de atención entre diferentes áreas, y adoptar decisiones estratégicas en múltiples líneas de trabajo para la atención a las personas con un trastorno mental en su transición a la comunidad.

En el 2021, el Gobierno de Navarra asumió la sanidad penitenciaria de la cárcel de Pamplona, pasando a ser competencia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Esta asunción evidenció una mejora en la dotación de personal sanitario, especialmente en lo relativo a la atención en salud mental. El Gobierno de Navarra integró al personal existente de atención primaria y se incrementó la presencia de profesionales especializados, como psiquiatras. Asimismo, se promocionan recursos en la red pública exterior para evitar el ingreso en prisión de personas con problemáticas de salud mental, y se ha impulsado la formación del personal en derechos humanos y perspectiva de género. Desde este enfoque, se defiende la prevalencia del criterio sanitario sobre el penitenciario, así como la necesidad de eliminar el aislamiento y las contenciones mecánicas, y sancionar prácticas que vulneren derechos vinculados a la salud mental.

¿EXISTE PERSONAL SANITARIO SUFICIENTE PARA LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO PAIEM?

Bidesari subraya que el personal de atención sanitario es escaso, que la población penitenciaria va en aumento y los problemas de salud también. Reclaman la necesidad de aumentar la estabilidad en los recursos, y ofrecer refuerzos especialmente del personal sanitario, de los equipos técnicos y del tercer sector para dar respuesta a toda la población.

En la cárcel de Pamplona no hay módulo PAIEM. No obstante, el programa de tratamiento sí que está activo y lo gestiona la asociación ANASAPS, fundada en 1987, en la que se ofrecen servicios dirigidos a personas con problemas de salud mental como información y orientación, asesoramiento jurídico...

¿LA TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS SANITARIAS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DISPUESTA EN LA LEY/2003 HA SUPUESTO UN CAMBIO POSITIVO EN SU COMUNIDAD Y LAS PRISIONES A LAS QUE ELLA PERTENECE?

Según Bidesari, la transferencia de competencias sanitarias del País Vasco ha permitido importantes avances, como una mejor coordinación entre servicios, el refuerzo de la atención primaria y el desarrollo de políticas sanitarias adaptadas al contexto autonómico. Destacan iniciativas como la creación de la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Araba, la integración con Atención Primaria en prisión, la coordinación con recursos sociosanitarios comunitarios y la implementación de un programa de prevención del suicidio.

Desde Salhaketa Nafarroa, se valora de manera positiva la asunción de la competencia sanitaria por el Gobierno de Navarra en 2021, al haber permitido la incorporación de un equipo de salud mental del sistema público autonómico al centro penitenciario de Pamplona. No obstante, y aunque reconocen mejoras respecto a la situación anterior, advierten que el servicio sigue siendo insuficiente para atender todas las necesidades de la población reclusa del centro.

La salud mental en los **Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE)**

En los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE) se retiene temporalmente a personas extranjeras en situación irregular mientras se resuelve su expulsión del país o devolución a su país de origen. A diferencia de las prisiones, los CIE no tienen un carácter penitenciario, sino administrativo, aunque en la práctica sus condiciones se asemejan a las de las cárceles, situación que ha sido denunciada por diversas organizaciones de derechos humanos.

Actualmente existen 7 CIE operativos en España, y todos presentan deficiencias que afectan directamente al bienestar y los derechos fundamentales de los internos. Las más notorias son la presencia de ciudadanos de la UE, el abuso y trato degradante, la falta de privacidad y de recursos sanitarios adecuados, las trabas en el acceso a información clara y actualizada sobre su funcionamiento (Servicio Jesuita de Migrantes y Centro de Investigación y Acción Comunitaria, 2023).

A finales de 2024, el TSJ de Madrid desestimó (en la sentencia 26/2024) la solicitud presentada por el Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) contra la Dirección General de Policía por el incumplimiento de la Ley de Transparencia en relación con la publicación de información sobre estos centros (SJM, 2024a). Poco después, el Tribunal Supremo admitió a trámite un recurso de casación interpuesto por la misma organización, considerando pertinente el análisis del alcance del derecho de acceso a la información pública, especialmente cuando su divulgación podría afectar las relaciones exteriores del país (SJM, 2024b).



El CIE de Valencia (Zapadores) se encuentra en una posición intermedia dentro del sistema de internamiento en España. Por un lado, sus condiciones materiales son relativamente mejores que en otros CIE, asegura la privacidad de las entrevistas entre abogados y organizaciones con los internos e implementa protocolos para la mediación y gestión de conflictos internos, evitando el uso desproporcionado de la fuerza, denunciado en muchos centros españoles. Sin embargo, mantiene carencias significativas en materia sanitaria y psicológica, cuya atención sigue siendo insuficiente, y en cuanto al control externo independiente. Además, las restricciones en la movilidad nocturna son más severas, lo que puede incrementar el malestar psicológico de los internos y su sensación de aislamiento.

Ante esta realidad, es necesario implementar reformas que garanticen el respeto a los derechos humanos, limitando el uso de los CIE a situaciones excepcionales y promoviendo alternativas como el refuerzo de programas de acogida o medidas cautelares menos restrictivas. Mientras estos centros sigan operando, es urgente mejorar las condiciones de internamiento para evitar vulneraciones de derechos y asegurar un trato digno a las personas migrantes.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN:

En septiembre de 2020, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) realizó una visita ad hoc a España, centrada en las condiciones de detención en varios centros penitenciarios, incluyendo el centro penitenciario de Picassent (Valencia). Esta visita tuvo como objetivo evaluar el respeto de los derechos humanos en los lugares de privación de libertad, con especial atención a la atención sanitaria, el trato a las personas con trastornos mentales y el uso de medidas disciplinarias como el aislamiento.

Los hallazgos del CPT (2023) fueron preocupantes, en particular en lo que respecta a la atención a la salud mental. El Comité calificó de “totalmente inadecuada” la respuesta institucional frente a las necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos graves, denunciando la escasez de personal médico, la falta de formación específica del personal penitenciario y el uso de prácticas como la contención mecánica o el aislamiento prolongado.

A la luz de estos hallazgos, y en articulación con otras fuentes como el informe SPACE I (2022), las directrices del Consejo de Europa y las recomendaciones de la UNODC (2013), este capítulo ofrece una visión crítica y comparativa sobre la situación de la salud mental en prisión en España, con énfasis en los factores de riesgo estructurales y las buenas prácticas observadas en otros países europeos.

Los trastornos mentales en las cárceles son un problema importante en Europa. En España, alrededor del 40% de los reclusos sufren trastornos psiquiátricos, el 10% de los cuales requieren atención especializada, según según Aebi y al. (2023). Sin embargo, la falta de personal médico y la insuficiencia de la infraestructura limitan considerablemente su atención.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN:

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGOS

- **Falta de personal especializado:** La escasez de psiquiatras y psicólogos limita la detección precoz y el seguimiento terapéutico. La atención suele limitarse al tratamiento farmacológico, en ausencia de alternativas psicosociales eficaces, según el Consejo de Europa y Rodríguez Yagüe, 2023).

Medidas disciplinarias inadecuadas: El uso habitual del aislamiento y la contención física en situaciones de crisis contradice las recomendaciones internacionales y tiende a agravar las patologías existentes, tal como lo explica Consejo de Europa (2023).

- **Comorbilidad con adicciones:** Según la UNODC (2013), hasta un 60 % de los reclusos en Europa tienen problemas de adicción, lo que complica la atención integral de los trastornos mentales.
- **Desigualdad territorial:** Mientras comunidades como Cataluña han hecho esfuerzos por integrar la atención psiquiátrica, otras regiones carecen de recursos o muestran una coordinación deficiente con el sistema público de salud.
- **Infraestructuras inadecuadas:** Muchas prisiones españolas no cuentan con unidades específicas ni con instalaciones adaptadas para el tratamiento de patologías mentales severas

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN:

COMPARATIVA EUROPEA Y SITUACIÓN EN ESPAÑA:



Alemania: Con una ocupación del 77,9 %, el sistema penitenciario alemán ha optado por integrar la atención psiquiátrica directamente en el sistema sanitario público. Los reclusos reciben tratamiento en condiciones de equivalencia con la población libre, mediante equipos multidisciplinares que atienden tanto en prisión como, cuando es necesario, en unidades hospitalarias externas. Esta transferencia de competencias permite evitar la fragmentación de cuidados y asegura una continuidad terapéutica más sólida.

Países nórdicos (Noruega, Suecia, Finlandia): Con tasas de ocupación que oscilan entre el 80 % y el 92 %, los países escandinavos priorizan la derivación de internos con trastornos mentales graves a hospitales psiquiátricos externos. En lugar de quedarse en prisión, estas personas reciben atención en entornos hospitalarios, con un fuerte componente rehabilitador y de reinserción social. Los resultados muestran menores tasas de reincidencia y un mejor pronóstico a largo plazo.

COMPARATIVA EUROPEA Y SITUACIÓN EN ESPAÑA:



Francia: enfrenta una sobrepoblación del 115,3 %, una de las más altas de Europa. Para hacer frente a las necesidades psiquiátricas, ha creado Unidades Hospitalarias Especializadas (UHSA) integradas en o junto a los centros penitenciarios. Estas unidades funcionan como hospitales, con personal sanitario exclusivo, protocolos clínicos claros y un enfoque no punitivo que mejora la seguridad jurídica y la calidad de la atención.

Reino Unido: Con una ocupación próxima al 97 %, el Reino Unido combina estrategias comunitarias de salud mental con alternativas a la prisión para casos leves y moderados (programas de desinstitutionalización y apoyo ambulatorio). Aunque el sistema penitenciario lucha aún con desafíos de suicidio y estrés extremo, las iniciativas de tratamiento fuera de la prisión han demostrado reducir la población penitenciaria y mejorar los resultados clínicos en salud mental.

España:

Con una ocupación del 72,5 % en 2022, el modelo penitenciario español se basa en una respuesta farmacológica fragmentada y depende en gran medida del programa PAIEM, cuya aplicación es desigual y adolece de falta de recursos humanos. La escasez de psiquiatras y psicólogos, junto con la limitada coordinación con el sistema público de salud, dificulta la continuidad terapéutica y agrava las disparidades territoriales. Para alinearse con las mejores prácticas europeas, es imprescindible integrar plenamente la atención psiquiátrica en el sistema sanitario público, reforzar el personal especializado y establecer mecanismos claros de derivación hospitalaria que garanticen una atención continua y de calidad. Estas observaciones fueron realizadas por Aebi, M. F., Cocco, E. y Molnar, L. (2022) en el informe SPACE I.

RECOMENDACIONES DEL CPT Y DEL CONSEJO DE EUROPA

RECOMENDACIONES GENERALES PARA ESPAÑA

- Integración de la atención psiquiátrica en el sistema público de salud para garantizar una atención equivalente a la de los ciudadanos libres, como lo expone el Consejo de Europa (2023).
- Reducción del uso de la segregación disciplinaria y promoción de alternativas terapéuticas adecuadas.
- Fortalecer las estrategias de prevención del suicidio, incluido el asesoramiento desde el encarcelamiento y la ampliación del programa de "apoyo al recluso".
- Aumento del personal médico en las prisiones, mediante la contratación de más psiquiatras y psicólogos para reducir la dependencia de los tratamientos farmacológicos, tal como lo muestra UNODC (2013).

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA PICASSENT

- Contratación urgente de personal médico, especialmente psiquiatras.
- Establecimiento de un programa reforzado de prevención del suicidio, que incluya una mejor capacitación de los guardias y una red más amplia de "reclusos de apoyo".
- Creación de una unidad psiquiátrica especializada para la atención adecuada de los casos más graves.
- Aliviar el hacinamiento carcelario, redirigiendo a algunos reclusos a estructuras más adecuadas.

Conclusión: Como lo indica la UNODC (2013), al igual que el Consejo de Europa (2023), España necesita reformar su enfoque de la salud mental en las prisiones para acercarlo a las mejores prácticas europeas. La crítica situación de la cárcel de Picassent pone de relieve la urgente necesidad de una reforma estructural, que incluya un aumento de los recursos médicos, una reducción del hacinamiento y una atención adecuada para los reclusos con trastornos psiquiátricos.

EL PAPEL DEL DEFENSOR DEL PUEBLO EN LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PRESAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL

En España, el Defensor del Pueblo (2023) desempeña un papel clave en la supervisión del respeto de los derechos fundamentales de las personas detenidas. Como Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura (MNP), de conformidad con el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura, realiza visitas periódicas a los centros de detención, formula recomendaciones y actúa como un control y cadena institucional destinado a prevenir los malos tratos.

Este rol cobra todo su sentido frente a uno de los temas más preocupantes del sistema penitenciario: el manejo de los trastornos de salud mental. La cárcel Antoni Asunción Hernández de Picassent, en Valencia, es un claro ejemplo de ello. En 2023, tras una visita in situ, el Defensor del Pueblo constató la ausencia total de psiquiatras en el centro, lo que impide un seguimiento terapéutico eficaz de los reclusos con trastornos mentales. Por ello, ha emitido una recomendación urgente a la atención de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para cubrir las vacantes.

Según las cifras publicadas, más de 150 personas que padecen patologías psiquiátricas se encuentran actualmente detenidas en Picassent sin que se disponga de ningún psiquiatra que las siga. Esta situación es aún más alarmante si se tiene en cuenta que el Comité Europeo (2023) para la Prevención de la Tortura ya había descrito en 2020 el trato a estas personas en este centro como "totalmente inadecuado".

El artículo de Plaza Valencia del 08.04.2024 subraya que además de la falta de personal especializado que el Defensor del Pueblo confirmó en su reciente informe, se señalan otros problemas estructurales: pérdida de citas médicas por falta de coordinación con los servicios regionales de salud, falta de ventilación en verano, condiciones climáticas extremas. El Defensor del Pueblo ha recomendado que se distribuyan ventiladores de forma gratuita a los detenidos para garantizar un mínimo de dignidad humana durante los períodos de calor intenso.

EL DEFENSOR DEL PUEBLO Y SU VISITA AL CENTRO PENICIENTARIO DE PICASSENT

REFLEXIÓN CRÍTICA: ENTRE EL PODER RECOMENDACIÓN Y LOS LÍMITES ESTRUCTURALES

La intervención del Defensor del Pueblo en Picassent ha visibilizado deficiencias sistémicas que a menudo se ignoran. Refuerza la legitimidad de las demandas de los profesionales de la salud y de las asociaciones que defienden los derechos de los presos. Sin embargo, es evidente que los efectos concretos de estas recomendaciones siguen siendo limitados. Más de un año después de su publicación, aún no se ha asignado ningún psiquiatra al establecimiento. Esta discrepancia entre diagnóstico y acción revela los límites de un mecanismo cuyo alcance jurídico sigue siendo esencialmente consultivo.

De hecho, el Defensor del Pueblo depende de la cooperación voluntaria de las instituciones. Su autoridad moral e institucional, si bien es importante, por sí sola no puede superar la inercia burocrática ni compensar la falta de voluntad política. El resultado es una paradoja: a pesar de que las violaciones son conocidas, documentadas y oficialmente reconocidas, las medidas correctivas se retrasan, o incluso no llegan. Estas observaciones han sido redactadas por el Defensor del Pueblo en (2022) y (2023).

¿CUÁLES SON LAS PERSPECTIVAS?

- **Reforzar el equipo médico:**

Cubrir urgentemente las plazas vacantes de psiquiatra en Picassent para garantizar el acceso efectivo a la atención.

- **Coordinación interinstitucional:**

Establecer una colaboración efectiva entre la administración penitenciaria y los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas.

- **Repensar el papel de las prisiones:**

Cuestionar el uso del encarcelamiento como respuesta a los trastornos mentales; promover alternativas basadas en la atención.

- **Seguimiento de las recomendaciones:**

Dotar al Defensor del Pueblo de mecanismos vinculantes, incluyendo :

- Un plazo máximo de respuesta por parte de las autoridades.
- Indicadores públicos de cumplimiento.

SALUD MENTAL Y ABUSO DEL PODER JUDICIAL: EL LLAMADO DE ATENCIÓN DEL TEDH

CASO M.B:

En mayo de 2013, una mujer española identificada como M.B. fue ingresada a la fuerza en un hospital psiquiátrico por orden de un juez, después de que un vecino denunciara un comportamiento extraño percibido. La policía intervino en su casa y redactó un informe enviado directamente al juez de guardia. No se realizó ninguna evaluación médica antes de la privación de libertad, como lo explica el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2023).

Ese mismo día, sin haber escuchado a M.B. ni solicitado la opinión de un profesional de la salud, el juez ordenó su internamiento en un pabellón psiquiátrico. Permaneció allí más de diez días, sin acceso efectivo a un recurso judicial rápido.

Al considerar que sus derechos habían sido violados, M.B. apeló ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

DECISIÓN DEL TEDH:

El 6 de febrero de 2025, en el caso M.B. c. España, el Tribunal concluyó que:

hubo violación del artículo 5 § 1 del Convenio (**derecho a la libertad**), por falta de pruebas médicas que justifiquen el internamiento;

hubo una violación del artículo 5 § 4 (**derecho a un recurso efectivo**), porque era imposible para M.B. impugnar su detención con prontitud.

El Tribunal (TEDH), (2023) enfatizó que la decisión judicial se basó únicamente en un informe policial y testimonio, sin ninguna base clínica. Dictaminó que esta situación constituía una detención arbitraria incompatible con las garantías de la Convención.

SALUD MENTAL Y ABUSO DEL PODER JUDICIAL: LA LLAMADA DE ATENCIÓN DEL TEDH

CASO M.B - ANÁLISIS E IMPLICACIONES

El caso M.B. c. España pone de manifiesto una preocupante deriva en el sistema judicial español: el internamiento psiquiátrico sin evaluación médica previa ni garantías procesales suficientes.

Esta decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos envía un mensaje contundente: ninguna medida de privación de libertad puede basarse en impresiones subjetivas o informes policiales, en ausencia de un diagnóstico profesional. Esta práctica constituye una grave violación de la libertad individual y de la dignidad humana.

FALLAS SISTEMICAS

A través de este caso, resaltan fallos en el sistema:

- *El excesivo poder otorgado al juez, que puede ordenar un internamiento sin consejo médico.*
- *La falta de acceso a un recurso efectivo para impugnar una decisión tan grave.*
- *La falta de protocolos claros y protectores para las personas que sufren (o se supone que tienen) trastornos mentales.*

PUNTO DE VISTA DEL ODSP:

Desde el Observatorio de Salud Mental, Prisión y Derechos Humanos de Valencia, consideramos este caso como una llamada de atención. Debe conducir a una reforma urgente de los procedimientos de internamiento psiquiátrico en España, basada en los siguientes principios:

Un diagnóstico médico independiente, previo a cualquier decisión judicial

La obligación del juez de oír a la persona interesada antes de cualquier medida de internamiento

La garantía del acceso inmediato a un recurso judicial contra toda privación de libertad

Las instituciones públicas deben adoptar un enfoque que se centre en los derechos humanos, no en el control social. La salud mental no puede ser un pretexto para la suspensión de los derechos fundamentales.

LA REINSERCIÓN SOCIAL: UN PRINCIPIO RECTOR SIN GARANTÍAS REALES



El Tribunal Constitucional español ha establecido que la reinserción social no constituye un derecho fundamental, sino un principio rector del sistema penitenciario (STC 2/1987, STC 19/1988). Esta afirmación resulta crucial para entender el alcance de la reeducación y reinserción de las personas reclusas en España, pues, aunque el artículo 25.2 de la Constitución establece que las penas privativas de libertad deben orientarse hacia este fin, su carácter de principio programático lo deja a merced del diseño político y legislativo (Trapero Barreales, 2021).

SI LA REINSERCIÓN ES EL EJE DEL SISTEMA PENITENCIARIO, ¿POR QUÉ NO SE ESTÁ GARANTIZANDO EFECTIVAMENTE?

El sistema penal español se fundamenta en una concepción mixta de la pena, combinando elementos de la teoría retributiva y la teoría preventiva. Bajo este enfoque, la pena no solo busca sancionar la conducta delictiva mediante un castigo proporcional, sino que también pretende prevenir la comisión de futuros delitos y lograr la resocialización del delincuente (Roxin, 1997).

El artículo 25.2 de la Constitución española refleja esta orientación al establecer que las penas privativas de libertad deben estar orientadas a la reeducación y reinserción social del condenado. En términos normativos, el sistema penitenciario español integra esta perspectiva mediante la progresividad del tratamiento penitenciario, el acceso a beneficios como el tercer grado y la libertad condicional, así como la oferta de programas de formación y empleo para las personas reclusas (Trapero Barreales, 2021).



EL SISTEMA PENAL TERMINA FUNCIONANDO EN LA PRÁCTICA MÁS COMO UN MECANISMO DE RETRIBUCIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL QUE COMO UN VERDADERO INSTRUMENTO DE REINserCIÓN.

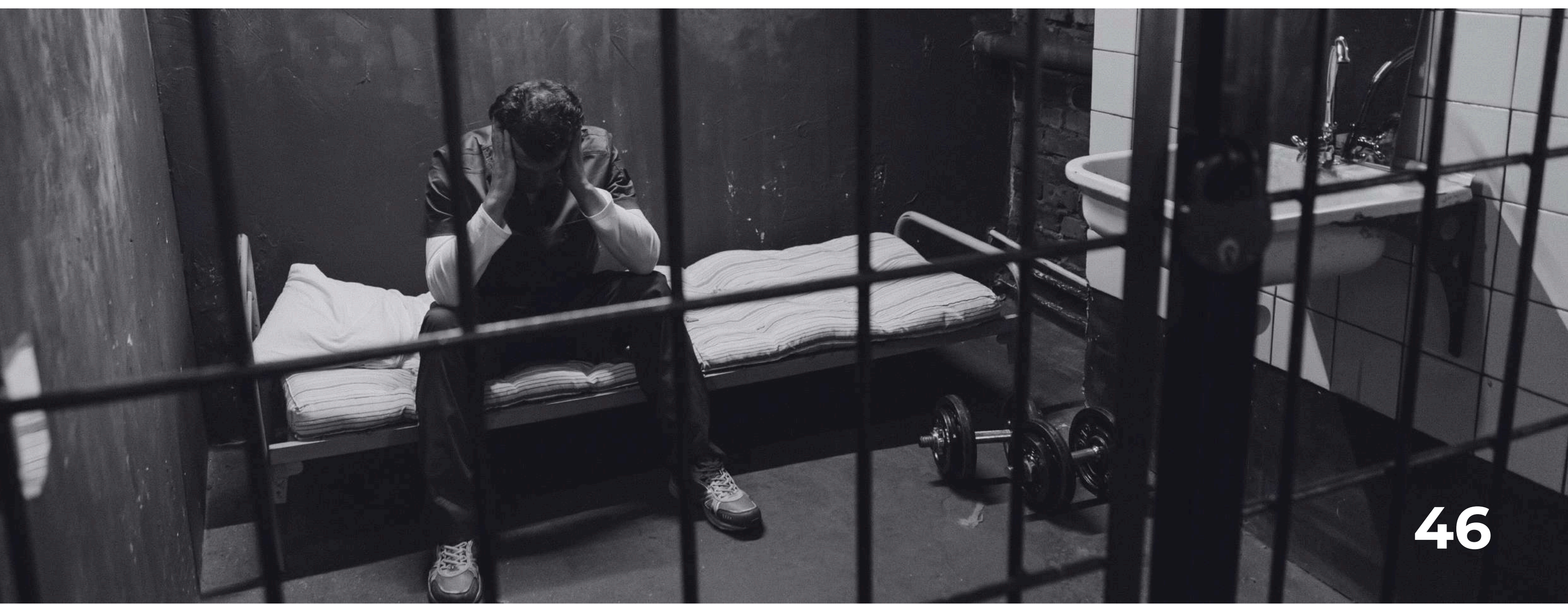


La insuficiencia de programas efectivos de reinserción transforma a la prisión en un espacio de exclusión social, reforzando la marginalización de las reclusas y los reclusos, y aumentando el riesgo de reincidencia. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), la tasa de reincidencia en España ronda el 30%, con picos de hasta el 50% en ciertos delitos violentos y contra la propiedad. Asimismo, un estudio del Ministerio del Interior (2022) señala que las personas reclusas que han tenido acceso a programas de formación y empleo dentro de prisión tienen una tasa de reincidencia del 20%, mientras que aquellos que cumplen la totalidad de su condena sin medidas de reinserción presentan un índice superior al 40%.

El sistema penitenciario no está cumpliendo con su función de reducir la criminalidad mediante la resocialización, sino que perpetúa ciclos de delincuencia. La falta de acceso a educación, formación laboral y asistencia psicológica reduce drásticamente las posibilidades de que las reclusas y los reclusos puedan reintegrarse de manera efectiva en la sociedad tras cumplir su condena. Adicionalmente, la limitación en la concesión de beneficios penitenciarios, como el tercer grado

y la libertad condicional, priva a las personas reclusas de mecanismos de reincorporación progresiva, lo que agrava el problema de la reincidencia (Sanz Morán, 2003). La Sentencia del Tribunal Constitucional 114/2012 ya había advertido sobre la necesidad de interpretar las normas penitenciarias en un sentido que favorezca la reinserción, evitando criterios restrictivos que dificulten el acceso de los internos a programas de reeducación.

El hecho de que la reinserción social no sea un derecho fundamental, sino un principio rector del sistema penitenciario, ha llevado a su aplicación deficiente en la realidad. La falta de acceso a programas de rehabilitación, la rigidez en la aplicación de beneficios penitenciarios y la desvinculación de los internos con la sociedad contribuyen a perpetuar la reincidencia. Si se busca un sistema de justicia penal eficaz, es imprescindible una reforma que garantice que la reinserción no sea solo un principio orientador, sino una realidad tangible. Como señala González Collantes (2017), la efectividad del sistema penitenciario no debe medirse solo en términos de reclusión, sino en la capacidad de evitar la reincidencia y reintegrar de manera efectiva a los individuos en la sociedad.



OLVIDADOS TRAS LOS MUROS: SALUD MENTAL EN LAS PRISIONES DESDE LA MIRADA DE QUIENES ACOMPAAÑAN



Desde dentro de los muros penitenciarios, trabajadores y trabajadoras sociales, psicólogos y otros profesionales luchan día a día contra un sistema que invisibiliza a quienes más atención necesitan: las personas privadas de libertad con problemas de salud mental

“LAS PRISIONES ESTÁN LEJOS, NO SOLO EN EL MAPA, TAMBIÉN EN NUESTRA CONCIENCIA. ALLÍ, FUERA DEL FOCO, CIENTOS DE PERSONAS CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO SOBREVIVEN EN SILENCIO DENTRO DE UN SISTEMA QUE APENAS LAS VE.”

La escasez de personal es alarmante, ya que en algunos centros hay entre 3 a 5 profesionales para más de 1.000 internos, una proporción que hace prácticamente imposible brindar una atención digna, individualizada y constante. La falta de medios impide detectar a tiempo los problemas mentales y dar seguimiento a quienes más lo necesitan. Aunque existen programas como el PAIEM (Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales), la saturación y la falta de recursos humanos reducen su eficacia.

BUROCRACIA QUE MARGINA

Cuando se diseñan políticas desde las altas esferas, rara vez se consulta o considera la realidad dentro de las prisiones. Un ejemplo claro fue el cambio del subsidio de excarcelación por el Ingreso Mínimo Vital, que buscaba mejorar el acompañamiento económico, pero cuyo proceso burocrático ha terminado generando esperas de hasta un año para recibir respuesta. Un tiempo que muchas personas no pueden permitirse.



Las personas con problemas de salud mental enfrentan un doble castigo: el encierro y el estigma. Persiste una percepción social errónea que las vincula con la violencia, cuando en realidad no son más violentas que el resto de la población. Esa narrativa construye miedo, rechazo y, en consecuencia, políticas de exclusión. Desde dentro, se reclama romper con ese binomio y empezar a mostrar casos de éxito, muchos de los cuales son posibles gracias al trabajo comprometido del personal penitenciario, que acompaña procesos reales de recuperación y reinserción, a pesar de las enormes limitaciones.

UNA PEDAGOGÍA PENITENCIARIA URGENTE

Más allá de los diagnósticos técnicos, los profesionales insisten en algo fundamental: urge una pedagogía penitenciaria. Es necesario educar, sensibilizar y recordar que quienes están en prisión siguen siendo personas con derechos, necesidades y dignidad. El olvido no puede ser una política, hablar de salud mental en las prisiones no es solo una cuestión técnica: es una cuestión ética. Mientras las políticas públicas sigan ignorando esta realidad, el sufrimiento seguirá acumulándose en silencio entre los muros.

“ROMPER ESE SILENCIO, VISIBILIZAR LAS HISTORIAS Y COMPROMETERSE CON LOS DERECHOS HUMANOS ES UN PRIMER PASO. PORQUE, AL FINAL, NADIE DEBERÍA SER INVISIBLE, NI SIQUIERA ENTRE REJAS”

CONCLUSIONES

El análisis desarrollado por el Observatorio de Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión (ODSP) pone de manifiesto la existencia de profundas carencias estructurales en la atención a la salud mental dentro del sistema penitenciario español, particularmente en la Comunitat Valenciana. La investigación evidencia que el encarcelamiento, lejos de constituir un espacio de rehabilitación, suele agravar el sufrimiento psíquico de las personas internas, generando efectos negativos duraderos sobre su bienestar emocional. Las condiciones de hacinamiento, aislamiento, falta de privacidad y el entorno punitivo contribuyen significativamente a la aparición o intensificación de trastornos mentales, especialmente durante las primeras semanas de reclusión, consideradas como una fase crítica del internamiento.

A pesar de la existencia del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), los recursos disponibles resultan claramente insuficientes. La escasa presencia de psiquiatras y profesionales especializados, la desigualdad territorial en el acceso a la atención y la limitada cobertura del programa impiden que una parte considerable de la población reclusa con diagnóstico de Trastornos Mentales Graves (TMG) reciba el acompañamiento que necesita. Esta situación refleja una grave desconexión entre las necesidades reales de las personas privadas de libertad y la respuesta institucional del sistema penitenciario.

El fenómeno del suicidio en prisión, cuya incidencia es hasta nueve veces mayor que en la población general, aparece como uno de los aspectos más alarmantes del informe. La falta de intervención eficaz, la ausencia de protocolos de detección precoz y la desconexión emocional y social que viven muchas personas presas generan un caldo de cultivo propicio para la desesperanza y la autolesión. En la mayoría de los casos, las personas que se suicidan no estaban integradas en programas terapéuticos ni bajo seguimiento especializado, lo que confirma la urgencia de reforzar la prevención desde una perspectiva integral, humana y continua.

Asimismo, el informe subraya que el sistema penitenciario no está preparado para responder a las necesidades de los colectivos más vulnerables. Las mujeres, especialmente aquellas con antecedentes de violencia de género o drogodependencia, enfrentan una doble estigmatización y un acceso limitado a programas con enfoque de género. Los menores que viven en prisión con sus madres o que son separados de ellas sufren una grave vulneración de derechos, que afecta directamente a su desarrollo emocional, físico y educativo, lo que evidencia la necesidad de políticas públicas específicas y de una revisión profunda de las prácticas actuales.

Otro elemento fundamental que emerge del informe es la percepción social respecto al sistema penitenciario. La encuesta realizada por el ODSP refleja que una amplia mayoría de la ciudadanía respalda un modelo más centrado en la rehabilitación que en el castigo. Existe una clara demanda de garantizar la atención en salud mental, mejorar las condiciones de vida en prisión y promover la reinserción como vía para lograr una mayor seguridad y justicia social. Esta visión contrasta con el enfoque punitivo predominante en muchas políticas actuales y refuerza la legitimidad de las propuestas del Observatorio.

En este contexto, las experiencias de comunidades autónomas como el País Vasco y Navarra demuestran que la transferencia de competencias sanitarias y la integración de la atención penitenciaria en los sistemas públicos de salud permiten mejorar de forma significativa la calidad del acompañamiento a personas con trastornos mentales. La coordinación interinstitucional, el refuerzo del personal sanitario y la priorización de criterios terapéuticos por encima de los punitivos son factores determinantes para avanzar hacia un sistema más justo, humano y eficaz. Finalmente, el informe destaca el papel esencial de las entidades del tercer sector en el acompañamiento a personas privadas de libertad. Organizaciones como El Arca, Bidesari o Salhaketa Nafarroa, mediante enfoques comunitarios, preventivos y de proximidad, complementan e incluso suplen las deficiencias del sistema, demostrando que es posible intervenir de manera más empática, sostenible y transformadora.

En suma, el informe concluye que abordar la salud mental en prisión no es únicamente una cuestión de asistencia médica, sino un imperativo ético y político. Requiere un cambio estructural en la concepción y gestión del sistema penitenciario, con el objetivo de garantizar la dignidad, los derechos fundamentales y la posibilidad real de una vida mejor tras la reclusión. Transformar las prisiones en espacios de oportunidad y no de sufrimiento debe ser una prioridad en cualquier sociedad que aspire a la justicia social y al respeto efectivo de los derechos humanos.

La salud mental no puede ser una excepción en el ejercicio de los derechos humanos: dignificar la vida en prisión es una deuda pendiente que interpela a toda la sociedad



BIBLIOGRAFIA

Aebi, M. F., Cocco, E., & Molnar, L. (2023). Prisiones y presos en Europa 2022: Principales conclusiones del informe SPACE I. Consejo de Europa y Universidad de Lausana. Disponible en <https://wp.unil.ch/space/files/2023/04/Prisiones-y-presos-en-Europa-2022.pdf>

Aebi, M. F., Cocco, E., & Molnar, L. (2023). Prisiones y presos en Europa 2022: Principales conclusiones del informe SPACE II. Consejo de Europa y Universidad de Lausana. Disponible en https://wp.unil.ch/space/files/2023/07/SPACE-II_2022_230523.pdf

Beccaria, C. (1764). Tratado de los delitos y de las penas. Disponible en <https://criminologiacomunicacionymedios.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/08/beccaria-cesar-tratado-de-los-delitos-y-de-las-penas.pdf>

Bedoya, A., Martínez-Carpio, P. A., Humet, V., Leal, M. J., & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 11, 37-41. Servicios Médicos, Centre Penitenciari de Joves, La Roca del Vallès (Barcelona), Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n2/02_original_1.pdf

Blanco, R., & Dueñas, R. M. (2019). Mujeres drogodependientes en prisión: características diferenciales y necesidades específicas. Anuario de Psicología Jurídica, 29(1), 95-102. <https://doi.org/10.5093/apj2019a15>

Cadena-Ser. Los trabajadores de la cárcel de Picassent, la más grande de España, reclaman una segunda prisión en Valencia, de 28 de agosto de 2024. <https://cadenaser.com/comunitat-valenciana/2024/08/28/la-carcel-espanola-con-mas-presos-es-la-de-picassent-valencia-con-2127-arrestados-radio-valencia/>

Cadena-Ser. Seis médicos en Picassent para 2.100 reclusos: “El sistema de prisiones se está viniendo abajo”, de 21 de agosto de 2024. <https://cadenaser.com/comunitat-valenciana/2024/08/21/seis-medicos-en-picassent-para-2100-reclusos-el-sistema-de-prisiones-se-esta-viniendo-abajo-radio-valencia>

Cazabat, Eduardo H. (2001) Trastorno por Estrés Post Traumático. Criterios Diagnósticos. Trabajo presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría.

Consejo de Europa. (1950). Convenio Europeo de Derechos Humanos. Artículo 5 – Derecho a la libertad y a la seguridad. Disponible en https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa

Consejo de Europa. (2023). Directrices sobre la organización y gestión de la atención sanitaria en los centros penitenciarios. Estrasburgo. Disponible en <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>

Consejo de Europa. Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), adoptado en 1950. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa

Consejo de Europa. Recomendación de la Comisión del 8 de diciembre de 2022, sobre los derechos procesales de los sospechosos y acusados sometidos a prisión preventiva y sobre las condiciones materiales de detención.

https://repositori.justicia.gencat.cat/bitstream/handle/20.500.14226/675/Recomanacions_UE_Preso_preventiva_CAST.pdf?isAllowed=y&sequence=1

Craig, Haney. (2014). The growth of incarceration in the United States. In National Academies Press eBooks. <https://doi.org/10.17226/18613>

Dear, G. E., Thomson, D. M., & Hills, A. M. (2018). Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 45(2), 217-231. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/self-harm-prison-manipulators-can-also-be-suicide-attempters>

Dechiara, P. (2012) Efectos del cautiverio de las cárceles sobre las personas privadas de libertad | Revista Pensamiento Penal. (n.d.). <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/33465-efectos-del-cautiverio-carceles-sobre-personas-privadas-libertad>

Defensor del Pueblo. (2023). Informe anual 2022 y actuaciones en 2023. Disponible en https://www.defensordelpueblo.es/informes/resultados-busqueda-informes/?tipo_documento=informe_anual

Entrevista realizada por Associació Àmbit a Bidesari (Abril 2025).

Entrevista realizada por Associació Àmbit a Salhaketa Nafarroa (Abril 2025).

Fundación Diagrama. (2024). Más de 150 reclusas progresan en factores clave para superar sus adicciones. <https://www.fundaciondiagrama.es/comunicacion-y-sensibilizacion/noticias/mas-de-150-reclusas-progresan-en-factores-clave-para>

González Collantes, M. (2017). El mandato resocializador del artículo 25.2 de la Constitución. *Doctrina y jurisprudencia*.

González, R., Romero, M., & García, A. (2017). Consumo de alcohol y drogas como factores de riesgo criminógeno en mujeres reclusas. *Revista Española de Medicina Legal*, 43(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.01.001>

HOWARD, J. SOCIETY OF ALBERTA (1999), EFFECTS OF LONG TERM INCARCERATION, Canada.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Encuesta de condiciones de vida en centros penitenciarios 2022. Disponible en https://ine.es/prensa/ec_am_2022.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). Estadísticas sobre reincidencia penal en España. Disponible en https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176793&idp=1254735573206&utm_source

Jarret, M., Valmaggia, L., Parrott, J., Forrester, A., Winton-Brown, T., Maguire, H., Ndegwa, D. & Craig, T. K. J. (2015). Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 3, 1-10. doi: 10.1017/S2045796015000062

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. «BOE» núm. 134, de 05/06/2021.

Markez, Iñaki, Gordaliza, Ana, & Casaus, Pilar. (2022). Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 42(141), 187-205. Epub 18 de julio de 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100012>

Martínez Perza, Carmen; Quesada Arroyo, Pedro; de Miguel Calvo, Estibaliz; Dzvonkovska Natalia; Nieto Rodríguez, Lucía (2021). Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid

Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. Crisis. 2016 Sep;37(5):323-334. doi: 10.1027/0227-5910/a000394. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27278569; PMCID: PMC5120691. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27278569/>

Ministerio del Interior. (2022). Informe General de Instituciones Penitenciarias 2022. Gobierno de España. Disponible en https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf

Ministerio del Interior. (2024). Estudio de suicidios en instituciones penitenciarias. [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Estudio de suicidios 126241245_pdfWEB.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Estudio_de_suicidios_126241245_pdfWEB.pdf)

Ministerio del Interior. ANE. (2024). Informe sobre suicidios en instituciones penitenciarias. <https://aneprisiones.com/wp-content/uploads/2024/05/2024-INFORME-SOBRE-SUICIDIOS-EN-INSTITUCIONES->

Ministerio del Interior. Defensor del Pueblo (2019). Informe general de instituciones penitenciarias 2019. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/informe-general/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf

Ministerio del Interior. La Estancia en Prisión, Consecuencias y Reincidencia. Documentos Penitenciarios nº 16, 2017. Disponible en: [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/La estancia en prision 126170566_web.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/La_estancia_en_prision_126170566_web.pdf)

ONU: Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, 20 Noviembre 1989, <https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/1989/es/18815>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141PENITENCIARIAS.pdf>

Plaza Valencia. (8 de abril de 2024). El Defensor del Pueblo sugiere dotar de psiquiatras la cárcel de Picassent. Disponible en <https://valenciaplaza.com/defensor-pueblo-sugiere-iipp-dote-psiquiatras-carcel-picassent>

Portal Plan Nacional sobre Drogas - Encuestas y estudios. (n.d.). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas ESDIP.htm>

Portal Plan Nacional sobre Drogas - Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (n.d.). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>

Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., & Hawton, K. (2013). The suicidal process in male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime & Law*, 19(4), 305–327. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2011.631540>

Rodríguez Yagüe, C. (2023). Estándares penitenciarios europeos sobre enfermedad mental y privación de libertad. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <https://eprints.ucm.es/id/eprint/78060/>

Roxin, C. (1997). Derecho penal: Parte general. Civitas. Disponible en https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/03/derecho_penal_-parte_general- claus roxin-LP.pdf

RTVE. (2023, febrero 23). Presas, adicciones, depresión, maltrato y abusos. <https://www.rtve.es/noticias/20230223/presas-adicciones-depresion-maltrato-abusos/2427186.shtml>

Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) y el Centro de Investigación y Acción Comunitaria (CESPYD). Un acercamiento a la salud mental de las personas migrantes en los Centros de internamiento de Extranjeros de España. Sevilla, 2023. https://sjme.org/wp-content/uploads/2024/01/Informe-Salud-Mental-CIE-Publicacion-Digital_reducido.pdf

Servicio Jesuita a Migrantes (SJM). El Tribunal Supremo admite a trámite un recurso de SJM sobre la falta de transparencia de Interior en datos sobre CIE, de 2 de diciembre de 2024. <https://sjme.org/2024/12/02/el-tribunal-supremo-admite-a-tramite-un-recurso-de-sjm-sobre-la-falta-de-transparencia-de-interior-en-datos-sobre-cie/>

Servicio Jesuita a Migrantes (SJM). Una sentencia condena al Ministerio del interior por no facilitar información pública sobre los CIE, de 15 de octubre de 2024. <https://sjme.org/2024/10/15/una-sentencia-condena-al-ministerio-del-interior-por-no-facilitar-informacion-publica-sobre-los-cie/>

STC 169/2021, de 6 de octubre de 2021. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-18372>

Trapero Barreales, M. A. (2021). Los fines de la pena y el artículo 25.2 de la Constitución española = The aims punishment and article 25.2 of the Spanish Constitution. *Revista Jurídica de la Universidad de León*, (8), 197–226. Disponible en <https://revistas.unileon.es/ojs/index.php/juridica/article/view/7078/5547>

Tribunal Constitucional de España. (1987). Sentencia 2/1987, de 21 de enero. Disponible en <https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/734>

Tribunal Constitucional de España. (1988). Sentencia 19/1988, de 16 de febrero. Disponible en <https://hj.tribunalconstitucional.es/el/Resolucion/Show/960>

Tribunal Constitucional de España. (2012). Sentencia 114/2012, de 24 de mayo. Disponible en <https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/22950>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2025). Sentencia M.B. c. España (demanda n.º 38239/22), 6 de febrero de 2025. Disponible en [Tribunal Europeo de Derechos Humanos. \(2023\). Sentencia M.B. c. España \(demanda n.º 18259/15\), 18 de mayo de 2023. Disponible en https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-224441](#)

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Tekín contra Turquía nº 40192/10; Hutchinsson contra Reino Unido nº 57592/008, entre otras.

UNAD – Red de Atención a las Adicciones. (2019). Estudio sobre el consumo de drogas en mujeres en centros penitenciarios y sus implicaciones psicosociales. <https://journals.copmadrid.org/apj/art/apj2019a15>

UNODC. (2013). Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_SocialReintegration_ESP_LR_final_online_version.pdf

Van Zyl Smit, D. (2013), Principios de Derecho y Política Penitenciaria Europeo, Penología y Derechos Humanos, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013.

OBSERVATORIO DE DERECHOS HUMANOS, SALUD MENTAL Y PRISIÓN



Organiza



Participa



Agradecimientos

