

INFORME SALUD MENTAL EN PRISIONES

ELABORADO POR LA SECCIÓN SINDICAL ESTATAL DE CCOO EN
INTITUCIONES PENITENCIARIAS



servicios a la ciudadanía
instituciones penitenciarias sae

1.- PERSPECTIVA Y ANÁLISIS GLOBAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN PRISIONES.



La comunidad científica considera unánimemente que el ambiente penitenciario no es apto para personas con patologías de este tipo como destaca el estudio que un equipo de médicos elaboró en 2007 para la Unión Europea. La Ley española define "inimputables" a quienes por una alteración psíquica no pueden comprender que un hecho sea ilícito o no y, por tanto, no se les puede condenar a prisión.

El incremento de la enfermedad mental en las prisiones es directamente proporcional a la disminución de respuestas sociales a las patologías de salud mental. La OMS calcula que, en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general, tal y como se recoge en las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa.

Al menos el 25% de los internos en las cárceles españolas padece una enfermedad mental, según el mismo Ministerio de Sanidad detalla en la "Estrategia Global de actuación en Salud Mental". Como ponen de manifiesto los datos analizados para realizar este informe, cada año se registran más de 40 consultas especializadas de psiquiatría cada 100 presos. El análisis de los datos oficiales de la Administración indica que, de media, el 46% de los ingresos en las enfermerías de los centros penitenciarios están motivados por una patología psiquiátrica, alrededor de 25.000 casos en los últimos tres años. Un médico que acuda a una cárcel española tiene que atender, en un año, a más de 420 casos de este tipo como promedio.

Este notable incremento de la patología psiquiátrica entre la población penal, a parte de motivaciones ideológicas o de falta de plazas públicas externas, puede guardar relación con el hecho de que la plaza penitenciaria tiene un coste mucho menor que una plaza con tratamiento integral de la patología psiquiátrica.

Un estudio realizado en España por el Ministerio del Interior (Sobre la salud mental en el medio penitenciario, 2007), basado en una revisión de diagnósticos psiquiátricos recogidos en las historias clínicas de los internos, indica que la prevalencia de padecer trastorno mental en población reclusa era del 45,9%.



La población penal es especialmente vulnerable a patologías de salud mental porque existe un elevado número de internos consumidores de drogas y existe una estrecha relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales. Dentro de la población penitenciaria, la población extranjera cabe considerarla como muy vulnerable, ya que, debido a su situación legal hacen difícil su vinculación a servicios sanitarios y sociales después del encarcelamiento.


Existe entre los ingresos en prisión un elevado porcentaje de trastornos mentales previos, en torno al 17,6% de los ingresos. Incluso un 3,2% tiene antecedentes previos de ingreso en centros psiquiátricos situación que suele ser ignorada en el proceso judicial.

La realidad es que las prisiones cada día están más pobladas con internos con graves problemas de salud mental, en un medio donde la compleja organización de la vida diaria en un centro penitenciario, presidida por el control y la disciplina, por las restricciones regimentales y la convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales.

Las prisiones se han ido convirtiendo en los manicomios de la sociedad actual, lo que subvierte la naturaleza y la finalidad de las mismas por un lado y por otro impide una respuesta de salud para estos enfermos. Las personas que están en prisión forman parte de la sociedad. El éxito en su rehabilitación garantizará la reducción del riesgo de reincidencia de sus comportamientos antisociales en la medida en la que estos comportamientos tengan relación con un trastorno mental. El adecuado tratamiento de éste evitará aquélla.

Desde la perspectiva del personal penitenciario abordar el problema de la enfermedad mental en prisión es un factor de primer orden, no sólo desde nuestra responsabilidad como personal público en un servicio público sino como garantía de una mejor calidad laboral. Tengamos en cuenta que más del 50% de los incidentes regimentales tiene relación con internos con patologías psiquiátricas, así como más del 75% de las agresiones al personal penitenciario.

En el Centro Penitenciario de Zaragoza se realizó un estudio desde el año 2000 a 2005 sobre la atención primaria de la patología psiquiátrica en una prisión "tipo". Especial interés tuvo la alta tasa de patología dual que demandaba asistencia, resultando que el 67% de los internos que debieron derivarse al psiquiatra para su manejo y tratamiento tenían asociado a su trastorno mental una adicción.



Las consecuencias que resultan de todas estas circunstancias son muchas: más sanciones, escaso acceso a los beneficios penitenciarios (que se basan exclusivamente en la buena conducta), no acceso a permisos ni terceros grados y cumplimiento de las condenas íntegras.

En el estudio realizado en la prisión de Palma de Mallorca con 72 internos enfermos mentales, referido con anterioridad, casi el 60% de los internos tenían sanciones.


El director del Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla comentaba al Defensor del Pueblo para su informe especial que “la excarcelación del enfermo es rápida cuando existen recursos económicos para garantizar una intervención asistencial residencial en algún centro privado”. La familia que dispone de recursos para sufragar un centro privado suele promover la salida del enfermo mental con prontitud. El problema es que la mayoría de los internos carecen de familia con recursos y se les priva de estos beneficios.


La carencia de recursos psiquiátricos, tanto en el ámbito penitenciario como con el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin dar alternativas a los enfermos necesitados de ese tipo de recursos han convertido las prisiones en auténticos manicomios sin que se hayan producido las modificaciones organizativas, funcionales y de recursos que esa nueva realidad demanda. Quienes ingresan en un Centro Psiquiátrico Penitenciario tampoco se encuentran en el sitio apropiado. Así lo indica la misma Administración penitenciaria en un informe que es parte de la Estrategia Nacional de Salud 2009-2013 del Ministerio de Sanidad, donde se los considera un recurso basado en un modelo "hoy ya superado".

Según la evidencia publicada, un 81% de los enfermos sometidos a medidas de seguridad son reincidentes en la comisión de actos delictivos, generalmente los menores, por lo que el fenómeno de la "puerta giratoria" de enfermos que entran y salen del sistema penitenciario es frecuente. Estas altas tasas de reincidencia se asocian con la presencia de enfermedad mental junto a Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas (Patología Dual).

Los delitos cometidos por enfermos mentales graves se relacionan con un abandono de la medicación. La reincidencia disminuye notablemente cuando los internos tienen adherencia al tratamiento.

El éxito en la reducción de la reincidencia está claramente asociado a una adecuada derivación que asegure la continuidad del tratamiento del enfermo en un recurso asistencial. Un mecanismo que haga una búsqueda activa del enfermo en su entorno y facilite su adherencia terapéutica asegura esta continuidad.





Los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían formar parte efectiva de la red de asistencia psiquiátrica y social comunitaria de modo que se garantizase un tratamiento integral de este colectivo, puesto que la población de riesgo psiquiátrico no puede ser diferenciada según esté dentro o fuera de una prisión.


Conjuntamente con la mejora del servicio penitenciario en su atención a la salud mental con más y mejores recursos, mayor coordinación social y sanitaria, actividad terapéutica dentro de las prisiones y programas de atención especial a esta población penal, es necesario considerar alternativas extrapenitenciarias, sobre todo para los casos de menor riesgo social.


El problema es que hay mucha gente que no es examinada siendo inimputable, ya que si el juez no detecta indicios, el informe pericial no se lleva a cabo. Entonces, el primer filtro para evitar el ingreso de enfermos mentales en la cárcel se viene abajo. La pieza clave de que el sistema penitenciario esté lleno de enfermos psiquiátricos es que ese informe pericial no es obligatorio. Sería una cuestión saludable que hubiera exámenes psiquiátricos de rutina, que permitieran hacer, grosso modo, una discriminación.

El artículo 96.2 del Código Penal prevé ese tipo de medidas para personas que padecen una enfermedad mental y tienen problemas con la justicia. Si las medidas de Seguridad son privativas de libertad, el acusado es ingresado en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. En toda España existen dos: uno en Sevilla, que cuenta con 371 plazas, y otro en Alicante, donde hay 158 camas. Este tipo de instalación recibe amplias críticas desde diferentes sectores de la psiquiatría, pero peor aún es que las plazas habilitadas para este tipo de medidas son manifiestamente insuficientes para hacer frente a la realidad penitenciaria actual.

Como destaca la propia Administración Penitenciaria, sirven "para el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por razón de inimputabilidad completa o incompleta". Sin embargo, muchas de las medidas de seguridad acaban cumpliéndose en una prisión común. Además de los expertos, los datos confirman esta hipótesis: sólo en 2011 ingresaron en prisión alrededor de 600 personas que delinquieron debido a problemas psíquicos reconocidos y fueron condenadas a medidas de seguridad, cifra que aumenta con el crecimiento de la población reclusa. A menudo el juez no tiene ningún otro recurso, aparte de la cárcel, al que enviar al imputado.

Ninguna de las administraciones por si sola tiene los recursos para seguir a los enfermos psiquiátricos, es necesaria la coordinación para que se pongan todos los recursos posibles a disposición de un juez que condena a un enfermo.






La última vez que el Congreso de los Diputados abordó el tema fue en mayo de 2009, cuando Izquierda Unida preguntó por escrito al Gobierno de Rodríguez Zapatero detalles sobre la aplicación de la disposición sexta de la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad en el sistema nacional de salud. En la respuesta, destaca que "la mayoría de Comunidades" no se habían "manifestado formalmente sobre el estado de la transferencia"

El Defensor del Pueblo Andaluz preguntó a los servicios médicos de las prisiones andaluzas que si existieran centros alternativos para la atención psiquiátrica se evitaría el ingreso en prisión de los enfermos mentales, y todos afirmaron que estaban convencidos de ello.

Todos los responsables médicos consideran que se evitarían la mayoría de los ingresos penitenciarios si existieran centros residenciales para enfermos mentales crónicos sin apoyo familiar y que viven en ambientes socialmente marginales. Opinan que si crearan dispositivos socio-sanitarios para atender adecuadamente a estos enfermos, la mayor parte no volverían a entrar en una prisión.



2.- HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS. PROGRAMAS Y PROBLEMÁTICA. PERO... ¡ES QUE ESTAMOS LOCOS!

Negar la evidencia supondría una intolerable falta de conocimiento por parte de las autoridades penitenciarias. Nadie pone en duda cuál es la cruda realidad de nuestra institución. Estudios realizados entre la población penitenciaria concluyen que las personas privadas de libertad tienen entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general, y alrededor de 10 veces más la probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad. La máxima de que las cárceles son un reflejo de la sociedad no se cumple en este extremo. Y si además tenemos en cuenta que España cuenta con una de las mayores tasas de encarcelamiento de Europa, 68.685 a finales de 2.012 (160/100.000), de los cuales 600 son pacientes ingresados en Psiquiátricos Penitenciarios con medidas de seguridad el presente, es desolador.

El estudio PRECA, último estudio realizado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre salud mental en el medio penitenciario, señala una prevalencia estimada de trastornos mentales en población reclusa española del 46%. Todas estas variables, sumadas al propio encarcelamiento, suponen un factor de riesgo añadido para la exclusión social. Entonces, ¿qué estamos haciendo realmente?, ¿para qué sirve la institución penitenciaria si lejos de devolver al individuo con nuevas herramientas de vida para su mejor desarrollo dentro de la sociedad, lo “pone de patitas en la calle” con un agravamiento de sus patologías psiquiátricas? El encarcelamiento debería ser una oportunidad para detectar y tratar los trastornos mentales, garantizando la continuidad del tratamiento a través de los servicios psiquiátricos penitenciarios y de una red de asistencia comunitaria extrapenitenciaria.

Pero, ¿por qué cada vez hay más personas que ingresan en prisión con trastornos mentales? Intervienen aquí diversos factores: mayor vulnerabilidad a la acción de la justicia de los enfermos mentales, su deficiente control y seguimiento por parte de los servicios asistenciales en las comunidades, la nula coordinación de las distintas administraciones que intervienen en el proceso: judicial, social y sanitaria y la pertenencia a grupos sociales en situación de exclusión, entre otros. Los “sistemas de detección”, la prevención y la asistencia socio-sanitaria fallan clamorosamente. ¿Cómo es posible que después de casi 30 años de la reforma psiquiátrica que modificó la concepción de ghetto, nuestra propia red sanitaria carezca de los dispositivos suficientes

para la prevención, detección, tratamiento y seguimiento adecuado de las enfermedades mentales?. Es vergonzoso que todavía los Centros Penitenciarios sean la alternativa a la inexistencia de centros socio sanitarios asistenciales no penitenciarios.

¿Y cuál es la realidad en nuestros centros en relación con el personal que está con este tipo de pacientes? Carencia absoluta de profesionales especializados que puedan hacer frente a situaciones complejas de deterioro de los internos y cuya única ubicación son las enfermerías de los centros, utilizadas éstas como lugar de “aparcamiento”. Los internos no tienen el tratamiento adecuado por lo que se generan brotes de conflictividad difíciles de controlar. Si la sobreocupación de nuestros centros, en general, actúa como un factor empobrecedor de la calidad de las labores asistenciales, cuánto más si afecta a internos que ni si quiera están diagnosticados y tratados, cercenado así una posible rehabilitación. El personal de vigilancia en ningún caso ha recibido formación específica para prestar sus servicios en una unidad con enfermos mentales, ni entrenado en el abordaje verbal a los pacientes, ni tampoco son conocedores de cuáles son los mecanismos de contención, ni si quiera qué es una enfermedad mental. Curiosamente, los compañeros de vigilancia que trabajan en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios tampoco han recibido formación alguna. Gracias, muchas veces, a su intuición y experiencia, son capaces de manejar situaciones complicadas. Pero ¿interesa realmente a nuestra institución enfrentarse a este problema o se limita a no poner, si quiera, parches? Quizá piensen que teniendo dos Hospitales Psiquiátricos, uno en Sevilla y otro en Alicante con una población de 600 pacientes, el problema se minimiza.

Lo cierto es que, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existen para albergar a los enfermos mentales sentenciados a medidas de seguridad privativas de libertad, enfermos que han cometido un delito y han sido declarados inimputables pero sentenciados a ser custodiados hasta su curación y/o desaparición de las circunstancias que pudieran poner al sujeto en riesgo de delinquir a causa de su enfermedad. Todo ello siempre por un tiempo que en ningún caso debe ser superior al que le hubiera correspondido como pena si hubiera sido declarado culpable, y en todo caso limitado en la sentencia. No son, por lo tanto, delincuentes al uso, cumpliendo una condena en el sistema penitenciario, están en él como consecuencia de su trastorno mental al cometer un acto delictivo del que no han sido declarados responsables.

De todas formas, el art. 101 del Código Penal no establece, de ninguna manera, la obligatoriedad de que una vez apreciada la concurrencia de la anomalía o alteración psíquica que le

impida comprender la ilicitud del hecho se le imponga una medida de internamiento. Tan solo recoge “si fuere necesaria” y, en todo caso, nunca se impone que el internamiento deba llevarse a cabo en un Psiquiátrico Penitenciario sino que el internamiento tendrá lugar en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie que, como es obvio, debería ser un centro asistencial no penitenciario. Es triste comprobar cómo ingresan pacientes en centros psiquiátricos penitenciarios por la ausencia de otros recursos disponibles.

Todo esto nos llevaría a pensar que los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, remarcarlos lo de Hospitales porque así reza el rótulo que hay sobre la entrada de cada centro, serían algo así como “la joya de la corona” donde el paciente (aquí no son internos) es atendido en toda su dimensión; pero, al parecer, a nuestra Administración Penitenciaria se le debe haber caído la primera letra, “Hospital” y nos trata como a cualquier otro centro penitenciario, bien por ignorancia o bien porque no quiere saber nada de los enfermos mentales, ya de por sí estigmatizados, hecho doblemente grave.

Pero en estos centros, ¿los funcionarios, el personal médico, de enfermería, de tratamiento, incluso los funcionarios de oficinas, han recibido una formación especializada y la dotación es suficiente? La respuesta, tristemente, es no. No existe reciclaje profesional, ni ningún tipo de preparación específica para el ejercicio de las funciones encomendadas. Baste decir que los terapeutas, que sólo existen en los Hospitales Psiquiátricos de Sevilla y Alicante, no han recibido ningún curso de reciclaje desde las Olimpiadas de Barcelona, allá por el S.XX.

Otra diferencia con el resto de centros es que aparece una nueva figura, la del Psiquiatra. Pero algo tan básico como es la disponibilidad de este profesional durante todas las horas de todos los días del año, no está garantizada ni de lejos.


Imaginémonos que vamos a un Hospital infantil donde no hay pediatras a las 5 de la tarde, y que el personal sanitario no tiene una especial preparación en ese ámbito. Que las camas son de adulto,... y que además nos dicen que cuando nuestro hijo salga de allí no sabremos muy bien cómo seguir el tratamiento que nos han pautado. ¿En qué país nos encontraríamos? Parece todo un contrasentido. Pero no todo acaba aquí, el HH.PP. de Alicante es el único en toda España con un módulo de mujeres con patología psiquiátrica. Ya en el 2009 el Defensor del Pueblo, en su informe, alertaba de la grave limitación que suponía que todas las enfermas (29) con patologías mentales heterogéneas (esquizofrénicas, psicóticas por consumo de drogas, con trastornos mentales orgánicos, bipolares, discapacitadas mentales,...) convivieran en un mismo y reducido

espacio, dificultando sobremanera el adecuado tratamiento de sus patologías y confiriendo a este departamento el carácter de espacio desorganizado y alejado de lo que podría estimarse como un lugar idóneo para el desarrollo de las actividades terapéuticas que estas personas precisan, primando la sensación de desorden y caos. Han transcurrido cinco largos años y seguimos, sorprendentemente, igual pero con más pacientes.

En ese mismo informe, el Defensor del Pueblo reitera la falta de determinados profesionales, como los psicomotricistas (según el informe debería haber dos profesionales de esta especialidad terapéutica a tiempo completo) y psiquiatras, cuya permanencia en el centro jamás es de 24h. Han pasado los años y cómo estamos ahora, peor, en precariedad absoluta. No hay psicomotricista, ni siquiera se ha contratado por 2 meses tiempo máximo que el año pasado la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias tuvo a bien contratar. Y solo tenemos 2 psiquiatras de plantilla y 2 interinos. ¿Para qué sirve el informe del Defensor del Pueblo?

Y ya puestos a sacarle todo el jugo al informe del Defensor del Pueblo, el estudio sobre la enfermería del centro asevera las grandes deficiencias que presenta, e insta a la institución a acometer una reforma integral a la mayor brevedad posible. Pues bien, sorprendentemente a finales de 2011 se terminó la nueva enfermería. ¿Deberíamos estar entonces de enhorabuena? No, pues en todo el tiempo que ha durado la reforma el anterior director del Hospital no atendió a las indicaciones de mejora que los distintos profesionales del centro, cada uno en su área, y los agentes sociales quisieron aportar.

Pero lo peor es que la Unidad Técnica receptionó la obra cuando tenía, notoriamente, gravísimas deficiencias: malos olores, debido a las aguas residuales de los servicios (al carecer las tuberías y las arquetas del grado de inclinación suficiente), acumulación de agua en las duchas y zonas contiguas a las mismas (al no tener los desagües y tuberías la capacidad de absorción e inclinación suficiente), grifería inadecuada, nulo acceso a los aseos con sillas de ruedas, suelo de difícil limpieza, marcos de las puertas en mal estado y un largo etc. En marzo de 2012, CCOO denunció ante la inspección de trabajo estas graves anomalías. Y un mes más tarde, el Inspector de Trabajo requirió a la Administración del centro que subsanase las deficiencias anteriormente reseñadas, dándoles un plazo de 6 meses para su cumplimiento. ¿Han pasado los 6 meses? Si, ¿Se han solventado los problemas, muchos de ellos estructurales que se hubieran podido solucionar escuchándonos? No. ¿Cómo es posible que la Unidad Técnica receptionara esta obra? (buena pregunta).



En cuanto al personal, la pérdida de puestos de trabajo entre funcionarios y personal laboral se sitúa en torno a un 20% desde la apertura del centro. Hay una falta absoluta de personal asistencial de primera línea. Las instalaciones son caducas y necesitan del personal adecuado, no de dos pacientes que apenas pueden manejar herramientas sencillas.


Por otra parte, no hay unos mínimos criterios de calidad en la asistencia que se presta en los Hospitales Psiquiátricos, ni tampoco indicadores que permitan evaluarla.



En cuanto a los programas que se desarrollan en los Centros Penitenciarios Psiquiátricos, la Administración Penitenciaria se despacha con el Programa Marco para la Atención Integral de los Enfermos Mentales, el famoso PAIEM, cuyo primer objetivo es detectar-diagnosticar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental... ¡Todos los nuestros, por definición, están detectados y diagnosticados! Es evidente que el PAIEM es el programa estrella de salud mental pero para centros penitenciarios, no para Hospitales Psiquiátricos, que tienen una casuística totalmente distinta. Muchos de los ítems de este programa, se “rellenan” por defecto.

Podemos hablar del programa TACA con animales, el MER, todos ellos creados para centros no hospitalarios y que generan muchas dificultades en cuanto a su aplicación en nuestro medio. Los programas de patología dual o el de drogodependencias son programas de índole voluntario que los distintos trabajadores de los centros han asumido como válidos, sin que la Administración forme parte de ellos.

En definitiva, los programas que funcionan son aquellos que los propios trabajadores han creado y por consiguiente implicado en ellos, sin que suponga para la Administración un euro de su presupuesto.

La realidad es que la Administración penitenciaria no tiene unos valores convergentes con la Administración sanitaria, que facilitaría unos recursos terapéuticos y de rehabilitación especializados. En este aspecto no olvidemos que existe la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud, donde en su disposición adicional sexta recoge la Transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias. A tal efecto en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante correspondiente Real Decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud. El problema es que el Real Decreto, nunca se desarrolló.





Nuestro trabajo presenta una particular esquizofrenia. Por una parte la obviedad de cómo hay que hacer las cosas para beneficio de todos y, por otra, una Administración caduca y con poca sensibilidad que para nada ayuda a la reinserción en la sociedad de aquellos que más problemas tienen, los enfermos mentales. Viene malos tiempos para la lírica, como diría aquella canción de los 80 de Golpes Bajos, pero no debemos olvidar quienes son los más vulnerables y sobre todo sobre quienes deben recaer los mayores recursos, dentro y fuera de esta sacrosanta institución.

Los muros, en el caso de los Hospitales Psiquiátricos, son dos, el real: pétreo, tangible a los ojos y las manos y el sutil: invisible, casi irreal como la propia enfermedad mental.

3.– EL NUEVO CÓDIGO PENAL Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL. LA EQUIPARACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL CON PELIGROSIDAD.

En el Código Penal vigente, si una persona es declarada inimputable por motivos de salud mental, no se le puede imponer una pena. En su lugar, se aplica una medida de seguridad, privativa o no de libertad. Usualmente, consiste en un internamiento psiquiátrico. Pero la duración del encierro nunca puede ser mayor a la pena que se le hubiese impuesto en caso de ser imputable. Con el cambio que propone el proyecto, el encierro puede ser perpetuo. Ya no habrá límite temporal a la reclusión en un centro psiquiátrico como Medida de Seguridad. Una persona con un diagnóstico de salud mental que ha cometido un delito, independientemente de la gravedad de ese delito, puede permanecer en un centro psiquiátrico indefinidamente, incluso de por vida.

La reforma del Código Penal que prepara el Ministro de Justicia Alberto Ruiz-Gallardón contraviene la Convención de la ONU para las Personas con Discapacidad. . El proyecto pretende recuperar la figura de "peligrosidad" para aquellos que padezcan enfermedad mental. Carlos Ríos, miembro del comité de la Organización de las Naciones Unidas para la protección de este colectivo ha sido el encargado de analizar la modificación del código y concluye: " No es compatible con la convención". "Quiebra el artículo 14 de la convención que impide privar de libertad al alguien arbitrariamente por razón de su discapacidad", asegura Ríos. La revisión del trastorno de las personas cada cinco años "se hace por las características de las personas" no por el delito cometido, subraya el miembro de la comisión de la ONU. Además, se concluye que "la ley no es igual para todos y la reforma es más gravosa para el colectivo con discapacidad". La reforma vincula la enfermedad mental con la peligrosidad y la comisión de nuevos delitos lo que, según Ríos, vulnera el artículo 8 de sus derechos que impide "la estigmatización".

De salir el texto que propone el Ministro Gallardón, las consecuencias serán demoledoras para los enfermos mentales, para los centros y personal penitenciario y para la justicia, pues de hecho asistimos a la ejecución de un proyecto, vía Código Penal, de una eugenesia social de la enfermedad mental.

El proyecto dispone: "las medidas de seguridad no podrán exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor". Por lo tanto como señalamos anteriormente, el crite-

rio de la gravedad del hecho cede al de la peligrosidad del infractor, el centro de gravedad del sistema se traslada del delito al delincuente. Por otro lado la peligrosidad que es un concepto vago e impreciso, impregnado de elementos extralegales a través de los que se vislumbran criterios moralizantes o paternalistas, sustituye por tanto a la culpabilidad como límite de la sanción a imponer.


El proyecto de Código penal modifica el actual art. 98 en los siguientes términos:

Si, transcurrido dicho plazo, no concurren las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo, el Juez o Tribunal, a petición del Ministerio Fiscal, previa propuesta de la Junta de Tratamiento, podrá acordar tras un procedimiento contradictorio en el que intervendrán el Ministerio Fiscal y el sometido a la medida, asistido por su abogado, la prolongación de la misma por períodos sucesivos de una duración máxima, cada uno de ellos, de cinco años.

En otro caso, extinguida la medida de internamiento impuesta, se impondrá al sujeto una medida de libertad vigilada, salvo que la misma no resultara necesaria.»

Teniendo en cuenta que buena parte de los diagnósticos de salud mental se catalogan como crónicos, la peligrosidad atribuida a estas patologías también se concebirá como crónica y, con ello, las medidas de seguridad que se impongan. Por lo tanto, la valoración de que el interno pueda cometer nuevos delitos a causa de su anomalía o alteración psíquica, es un elemento lo suficientemente subjetivo para posibilitar una condena a perpetuidad.

El Art. 98 del CP establecerá que sean los Jueces y Tribunales, a petición del Ministerio Fiscal, previa propuesta de la Junta de Tratamiento, los que decidan la prolongación del internamiento de los enfermos inimputables. Al hacer mención expresa de las “Juntas de Tratamiento”, que son órganos colegiados específicos de las prisiones, el legislador tiene la intención de institucionalizar definitivamente a los enfermos mentales inimputables dentro de las prisiones, en contra de toda la normativa nacional y supranacional, que prescribe derivarlos al Sistema Nacional de Salud por contar éste con los mejores recursos sanitarios y asistenciales para su rehabilitación. El Reglamento Penitenciario creó la figura de los Equipos Multidisciplinares, con cierta especialización, para evaluar al enfermo inimputable, elaborar los programas de rehabilitación e informar semestralmente al Juez de su evolución.




Incluso, la redacción del proyecto, establece que una vez finalizada la medida de internamiento se le podrá aplicar la medida de libertad vigilada.

Hasta ahora, una vez que se cumple el tiempo equiparable a la pena, la aplicación de las medidas de seguridad impuestas se acaba. Con el nuevo Código Penal, la Libertad Vigilada se plantea también como perpetua, violando el principio según el cual las medidas de seguridad no pueden resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido.

Esto mismo se aplicara a los sujetos susceptibles de aplicarles la eximente del art 20.3 cuya condena suponga el internamiento en Centros de Educación Especial.

En la situación actual, de crisis y desmantelamiento de la sanidad, se abre la puerta a que los problemas de salud, y los conflictos sociales en general, sean, aún más, criminalizados y judicializados por el mismo sistema que nos enferma.



4.– LA REINCORPORACIÓN SOCIAL Y LA DERIVACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN PRISIONES.


Como hemos visto, los problemas de salud mental en la población reclusa son mucho más frecuentes que en el resto de la población. Muchas veces la patología es detectada una vez que la persona ha ingresado en prisión, sin que esta estuviera previamente diagnosticada. En otras ocasiones, la falta de conciencia de la enfermedad y el no tratamiento de la misma ha llevado a la persona a entrar en prisión. Por otro lado, el propio ingreso puede suponer un hecho estresante que puede desencadenar una patología psiquiátrica en una persona que carecía de ella previamente. Así, nos encontramos que alrededor de un 46% de los internos padecen algún tipo de enfermedad mental.

Además de las evidencias ya redactadas a lo largo del informe como son la falta de personal, materiales, formación, etc, en los centros penitenciarios nos encontramos con enormes dificultades de cara a favorecer la reinserción de los internos con patología mentales, que se constata en la concesión de permisos, libertad condicional y la propia excarcelación.

De esta manera nos encontramos con la falta de un modelo de atención integral eficaz capaz de dar una respuesta a los problemas de salud mental de la población reclusa. Esto supone un conjunto de políticas, estrategias y medidas encaminadas a dar una respuesta global a este colectivo, abordando actuaciones de promoción, educación, de prevención, asistencia y rehabilitación, tanto para las personas que sufren enfermedad mental como para las familias, incluyendo, por tanto, aspectos sociales, familiares, etc.

Esto requiere, como hemos visto, el compromiso de las diferentes administraciones encargadas de la atención a la salud mental: sanidad, instituciones penitenciarias, servicios sociales, etc. por lo que, la coordinación se hace imprescindible y debe mejorar. Es fundamental que se establezcan unos canales de comunicación y derivación efectivos, no sólo cuando la persona esta en prisión, sino también de cara a su salida. El acceso a recursos comunitarios, residenciales, programas de rehabilitación, acompañamiento, el apoyo a las familias, etc. son fundamentales de cara a la reinserción social y laboral de este colectivo.

Así mismo, las salidas programadas, las salidas terapéuticas, las jornadas de convivencia o los permisos de salida, se vuelven fundamentales como preparación para la vida en libertad. Mu-



chas veces, las dificultades en la aprobación de los mismo por el Centro Directivo y la falta de personal existente en instituciones penitenciarias imposibilita y entorpece su realización.


Por otro lado, la estigmatización, la exclusión social, la dificultad de encontrar o mantener un trabajo, la falta de recursos económicos o de vivienda, o la falta de apoyo familiar son algunas de las dificultades con las que se encuentra este colectivo de cara a la salida de permisos o su excarcelación.


Por ello, es necesario reforzar y mejorar el enlace intra- extra penitenciario y la coordinación se hace imprescindible. Así, la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias reconoce las dificultades existentes a la hora de la reincorporación social y derivación adecuada cuando llega el momento de la excarcelación, como así se refleja en la valoración que la propia Administración Penitenciaria realiza del PAIEM en Diciembre del 2013.

Los escasos recursos existentes para aquellas personas que carecen de acogida y recursos económicos, la existencia de un sistema insuficiente de apoyo y acompañamiento, la carencia de recursos humanos y materiales, el problema a la hora del acceso a recursos debido a la dificultad de cumplir los requisitos (ya que para acceder a ellos han de ser derivados desde la red pública de salud mental), las falta de recursos de los servicios sociales generales (que son parte del soporte básico a la normalización), etc., hace que muchas de estas personas no reciban la ayuda y el apoyo necesario.


De la misma manera, los recortes que se han ido produciendo durante los últimos años como, por ejemplo, en atención a drogodependencias afecta también a este colectivo directamente, puesto que alrededor del 20-25% del total de las personas con enfermedad mental en las prisiones sufren patología dual, es decir, la combinación de enfermedad mental y adicción a drogas. A este recorte podemos sumarle la disminución en los presupuesto de dependencia que incide significativamente en este colectivo.

Defendemos que la atención a este colectivo debe realizarse principalmente desde recursos de la red pública, como garantía de los principios de equidad e igualdad efectiva en el acceso a los recursos, manteniéndose así la continuidad en el trabajo tanto dentro como fuera de prisión, debiendo ser reforzada y potenciada con el fin de que sea capaz de asumir y dar respuesta a estas personas y sus familias, tanto dentro como fuera de prisión, garantizando los recursos adecuados y suficientes.





Para finalizar queremos señalar que las competencias tanto en sanidad, como en servicios sociales están transferidas a diferentes comunidades autónomas, lo que conlleva en la práctica que puedan existir diferencias en los recursos destinados a dicho colectivo.



5.- POSICIÓN POLÍTICA DE CCOO Y SOLUCIONES DENTRO DEL MARCO NORMATIVO.


La situación de la enfermedad mental dentro de las prisiones españolas es de una gravedad tal que exige respuestas integrales capaces de aproximarse a una complejidad poliédrica, que en absoluto puede abordarse desde alternativas dogmáticas o ideológicas. No existen respuestas simples para realidades complejas.

Las tendencias ideológicas, en materia penal, que se plasman en las propuestas políticas del actual Gobierno van en la dirección contraria de estas necesidades que desde CCOO en prisiones hemos detectado.

La política penal, hasta ahora, ha pasado por no evaluar ni valorar la incidencia de patologías mentales. De facto las cárceles se han convertido en sustitutos de los hospitales psiquiátricos que las reformas psiquiátricas fueron cerrando. A pesar de esa tendencia los hospitales penitenciarios son manifiestamente insuficientes para atender la fuerte demanda que genera esta tendencia de encarcelar los ilícitos derivados de patologías mentales, con una escasa dotación de material y personal

Más preocupante aún es la tendencia existente en parte de la judicatura, que si bien de una forma nominal reconocen las patologías mentales y su correspondencia con los ilícitos todas las decisiones judiciales demuestran un claro desconocimiento del medio carcelario, con condenas explícitas de ingreso en unidad psiquiátrica, ignorando o no queriendo ver que la inmensa mayoría de los centros penitenciarios carecen de unidad alguna psiquiátrica, que no hay psiquiatras en los centros y que la atención psiquiátrica la deben de resolver los facultativos penitenciarios, saturados en un medio de alta demanda médica, y sin los recursos necesarios para poder dar una atención mínima a éste problema. La atención psiquiátrica fuera de los hospitales psiquiátricos penitenciarios queda reducida a la dispensación farmacológica y a la visita ocasional de psiquiatras externos.

El análisis de los datos oficiales de la Administración indican que, de media, el 46% de los ingresos en las enfermerías de los centros penitenciarios están motivados por una patología psiquiátrica; alrededor de 25.000 casos en los últimos tres años.



Esta situación de encarcelamiento de la patología mental exige respuestas judiciales, médicas y sociales. En cambio la respuesta desde el Gobierno viene de la mano de la criminalización de la enfermedad mental e incorpora a la redacción del nuevo Código Penal propuestas involucionistas y reaccionarias que estigmatizan la enfermedad mental, que la criminalizan y que la sitúa en el limbo penitenciario al condicionar su libertad a evaluaciones quinquenales de carácter psiquiátrico y no al cumplimiento de la condena.

CCOO, en Instituciones Penitenciarias, se opone a la situación actual que padece el medio penitenciario ante las patologías psiquiátricas, para las que los gestores penitenciarios no han habilitado ni los recursos necesarios ni las políticas de intervención suficientes, problema que se agudiza cada día en mayor medida.

Declaración de los derechos del retrasado mental, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971 (Resolución 2856): 2. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.../... 4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia.

En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

El marco jurídico y normativo actual habilita a la institución penitenciaria para buscar alternativas a la prisión y respuestas para los presos con patología mental.

La aplicación del art. 117 del Reglamento Penitenciario prevé la posibilidad de salidas terapéuticas en segundo grado de clasificación penitenciaria.

El Art. 91 del Código Penal²⁴ prevé la posibilidad de adelantamiento de la libertad condicional a las 2/3 partes de cumplimiento de la pena, siempre que se merezca por haber desarrollado actividades laborales, culturales o ocupacionales.

Art. 86.4 del Reglamento Penitenciario regula las salidas de los establecimientos a penados en tercer grado y prevé la posibilidad de otorgar el régimen abierto con control de medios telemáticos.

El Art. 207 del Reglamento Penitenciario establece que : 1.La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles

El incremento exponencial de la enfermedad mental en prisión, la escasa aplicación de los recursos jurídicos existentes, así como la falta de programas de inserción y protección social en el exterior, dibujan un fracaso en las políticas de reinserción social con los reclusos con patología mental, donde la respuesta no puede ser la represión y el aislamiento del Código Penal Gallardón.

CCOO defiende un conjunto de medidas integrales que atiendan las necesidades regimenterales en la prisión, las judiciales, las sanitarias y las sociales para abordar el incremento de la encarcelación de la enfermedad mental.

Sociales

Potenciación y coordinación con las CCAA para desarrollar cumplimiento de penas en centros de atención especializada psiquiátrica, sanitaria y social. En este sentido destacamos la Unidad de Psiquiatría Legal dentro del complejo Aita Menni, en Arrasate

Programa medidas preventivas de orden social y sanitario para atender a los enfermos mentales crónicos sin apoyo familiar.

Que se desarrollen acciones sociales y sanitarias concretas para dar acogida a los enfermos mentales crónicos que abandonan los centros penitenciarios carentes de apoyo familiar

Sanitarias

Transferencia de la sanidad penitenciaria al servicio público de salud de las CCAA, con el acceso a la asistencia sanitaria en igualdad con el resto de la población. Es decir, cumplimiento de lo dispuesto en la Ley.

Penitenciarias

Creación de unidades psiquiátricas diferenciadas en al menos en un centro penitenciario por Comunidad, con un programa de intervención y colaboración de los servicios psiquiátricos de la comunidad autónoma. Más adelante nos extenderemos en la necesidad de creación de estas unidades.

Formación especializada para todo el personal penitenciario en contacto con los reclusos sobre intervención y actuación ante la enfermedad mental.

Adecuación regimental para las patologías mentales.

Implantación equipos de rehabilitación encaminados a mejorar la adaptación a la vida penitenciaria.

Creación de unidades externas para tratamiento ambulatorio de enfermos mentales y discapacitados intelectuales

Los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían formar parte efectiva de la red de asistencia psiquiátrica y social comunitaria de modo que se garantice un tratamiento integral de este colectivo, puesto que la población de riesgo psiquiátrico no puede ser diferenciada según esté dentro o fuera de una prisión.

Judiciales

Durante el proceso judicial debe acentuarse aún más la protección de los derechos de los discapacitados intelectuales y enfermos mentales para asegurar un especial cuidado de sus necesidades reales, evitando que una consideración genérica de su situación de eventual inimputabilidad impida una atención real de su situación. Ello resulta especialmente importante por lo que respecta al empleo de medidas alternativas no privativas de libertad, evitando internamientos inadecuados.



Desarrollo programas alternativos a la prisión. Existen dos tipos principales de programas alternativos dependiendo del punto de implicación con el sistema judicial en el que se encuentre el paciente. Por una parte, encontramos los programas pre-cargos que servirían como medidas preventivas a las detenciones. Hay varios modelos de programas pre-cargos que incluyen entrenamientos especializados al cuerpo de policía, con dotación a las fuerzas del orden de las herramientas necesarias para aprender a manejar situaciones en las que se vean implicados pacientes psiquiátricos, así como de equipos sanitarios móviles de intervención en crisis y unidades hospitalarias de urgencias psiquiátricas. Por otro lado, en aquellos casos más resistentes, se habilitarían medidas judiciales que aseguren el tratamiento forzoso de aquellos pacientes con baja conciencia de problema (AOT).

Unidad psiquiátrica diferenciada: Una necesidad para abordar el problema de la enfermedad mental.

Como ya expusimos anteriormente, los centros penitenciarios españoles carecen de unidades psiquiátricas diferenciadas y separadas del resto de internos, que les proporcionen una asistencia sanitaria especializada cerca de su lugar de residencia familiar. Los Jueces de Vigilancia Penitenciaria llevan años reclamando su creación y así se aprobó por unanimidad el criterio 29 de actuación, conclusiones y acuerdo aprobados por los Jueces de Vigilancia Penitenciaria en sus XVI reuniones celebradas entre 1981 y 2007, que dice expresamente; “Se insta a las Administraciones penitenciarias a que procedan a la creación de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios que se reputen necesarios para atender la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del imperativo de velar por la salud de los internos, previsto en el artículo 3.4 de la LOGP, y en aplicación del criterio legal de separación previsto en el artículo 16,d) de la misma LOGP”.

Los únicos Centros, que cuentan con un Equipo Multidisciplinar, son los psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante, aunque los expertos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría recomiendan también su desaparición; “Los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, de Sevilla y Fontcalent deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma, garantizando la necesaria calidad asistencial, y el que la asistencia se proporcione adecuadamente contextualizada con el entorno sociofamiliar del paciente.

Los Jueces de Vigilancia Penitenciaria llevan tiempo pidiendo su creación y así lo motivan por unanimidad, en su criterio 28 de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria en sus XVI reuniones celebradas entre 1981 y 2007. - Urgente creación de los Centros de Educación Especial. Se insta a las Administraciones penitenciarias a que procedan a la urgente creación de los centros de educación especial, pues su inexistencia actual representa una grave carencia del sistema general penitenciario, que repercute negativamente en el tratamiento de reclusos con deficiencias psíquicas y alteraciones en la percepción que les distorsiona gravemente su conciencia de la realidad. (Aprobado por unanimidad). La creación de estos Centros constituye un imperativo para las instituciones penitenciarias, conforme a sus fines definidos en el artículo 1 de la LOGP. El Código penal ha previsto su existencia bajo la denominación de Centros de educación especial – artículos. 101, 103 y 104-, estableciendo que en los mismos se cumplirán las medidas de seguridad de internamiento de sentenciados a los que se apreció eximente o semieximente por causa de su defi-




ciencia psíquica o déficits de percepción sensorial de la realidad. Actualmente siguen sin existir. Su creación constituye no sólo un imperativo para poder dar cumplimiento a las medidas de seguridad que pudieran imponerse por Jueces y Tribunales sentenciadores, de conformidad con lo dispuesto en los artículos. 101, 103 y 104 del mismo Código, sino también para el tratamiento de penados que adolezcan de tales deficiencias, y a quienes no se les hubiera apreciado circunstancias modificativas de su responsabilidad criminal. Es cierto que el artículo 182.3 del Reglamento Penitenciario ha previsto el desarrollo de convenios de las Administraciones con instituciones públicas y privadas para el cumplimiento de medidas de seguridad, pero ello no exime a las Instituciones Penitenciarias de su deber de retención y custodia, que requeriría en todo caso una aprobación judicial; y por otra parte el citado artículo 182.3 del Reglamento no extiende su cobertura a penados que pudieran adolecer de estas deficiencias psíquicas y sensoriales.

En los internos inimputables, es el estado de su salud, el que justifica el internamiento, la duración del mismo, así como el programa rehabilitador, en ningún caso debería ser la peligrosidad. Las cárceles no son el mejor espacio para tratar y curar las enfermedades mentales. Con la próxima reforma del Código Penal no sólo no se soluciona el problema actual de los enfermos mentales en prisión sino que se agravan aún más sus condiciones del internamiento, por permitirse la perpetuidad del mismo y la discriminación por razón de salud (Art.14 de la CE).

El modelo sanitario español se desarrolló a partir del mandato constitucional del Art. 43 de la CE, que reconoce el derecho a la protección de la salud, donde estaría incluida la salud mental, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

El artículo 41 de la CE, y conectado con lo establecido en el artículo anterior, establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, lo que se cumple parcialmente porque la asistencia sanitaria primaria de los internos en los Centros Penitenciarios es garantizada principalmente por la Sanidad Penitenciaria dependiente del Ministerio del Interior, mientras que la atención especializada y hospitalaria por el Sistema Nacional de Salud, con las disfunciones que ello conlleva, por no existir una coordinación entre ambos Ministerios.

En este sentido también podemos destacar el criterio 89 de los jueces de vigilancia penitenciaria en su XVI reuniones celebradas entre 1981 y 2007; “El tratamiento psiquiátrico de los



internos que lo precisen debe guiarse por criterios de racionalización, profesionalidad y optimización de recursos, dando preferencia a la utilización de los servicios comunitarios sobre los específicamente penitenciarios y limitando en la mayor medida posible el internamiento en Unidades u Hospitales psiquiátricos penitenciarios.

En todo caso, los declarados exentos de responsabilidad o con responsabilidad atenuada deberán ser internados en hospitales o establecimientos dependientes de los servicios de salud comunitarios y nunca en establecimientos penitenciarios, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo anterior. (Criterio 28 de 1994, simplificado, aprobado por mayoría). MOTIVACIÓN: Atendiendo nuevamente al criterio de equiparación entre los condenados y no condenados a privación de libertad, se entiende que el tratamiento psiquiátrico de quienes están cumpliendo medida de seguridad debe llevarse a cabo en todo caso en Establecimientos comunitarios y no penitenciarios, por la mayor aptitud de aquéllos para desarrollar un tratamiento resocializador. Respecto de los penados, el criterio es más flexible, aunque se sigue dando preferencia a los servicios comunitarios y se desea que el internamiento en Establecimientos penitenciarios se reduzca en la mayor medida posible.