

The graphic design features a dark blue background on the right side of the cover. On the left, there is a light blue area with a white curved shape at the bottom. Inside this light blue area, there are four white vertical bars of varying heights and widths, resembling a stylized bookshelf or a set of data points. At the bottom of the light blue area, there are two smaller, dark blue vertical bars.

**LOS ENFERMOS MENTALES EN
EL SISTEMA PENITENCIARIO**
UN ANÁLISIS JURÍDICO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
LA SITUACIÓN FÁCTICA DE PARTIDA	4
¿QUÉ RESPUESTA VIENE OFRECIENDO EL DERECHO AL PROBLEMA DE LOS INIMPUTABLES INTERNADOS EN ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS?	8
¿QUÉ NECESIDADES REQUIEREN UNA MAYOR ATENCIÓN NORMATIVA?.....	13
CONCLUSIONES	19

INTRODUCCIÓN

La disminución general en la intensidad del disfrute de los derechos de la persona que rodea a un interno en una prisión resulta lejanamente conocida para quienes no se mueven en el mundo de una de las más estrechas relaciones de supremacía especial que puede unir a un Estado con sus nacionales: la vigilancia penitenciaria constituye un subsistema normativo complejo, oscuro y poco difundido.

Pues bien, más dentro aún de tan singularizado árbol de levas jurídico se encuentra una de las posiciones más peculiares, desconocidas y –ya lo podemos avanzar como guía de orientación en estas páginas- dolorosamente postergada: la de los enfermos mentales internos en cárceles españolas. Puede –muy seguramente- que ello tenga que ver con la naturaleza especialmente opaca y poco externalizable que concurre en una persona que, además de estar encerrado, se encuentra atado por una segunda mordaza aún más fuerte: la prisión de su propia mente. La concurrencia de ambos campos de ocultamiento a la luz pública nos debe situar –como juristas- en el campo de la obligada atención normativa a situaciones que no por cotidianas y relativamente extendidas dejan de ser un auténtico clamor en pleno siglo XXI.

LA SITUACIÓN FÁCTICA DE PARTIDA

Desde los años 90 los estudios realizados en población penitenciaria a nivel mundial concluyen que las personas encarceladas 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 probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad¹. La situación singular de los enfermos mentales internados en establecimientos penitenciarios fue puesta de manifiesto en primer lugar por el Defensor del Pueblo Andaluz en un extenso informe de 1998².

¹ Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004; Brugha et al., 2005. Citados por Informe PRECA.

² “La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces” 78 páginas. Publicado en el Boletín Oficial del Parlamento Andaluz nº 193, de 3-3-1998, V Legislatura. Debate en Diario de Sesiones de la Comisión de Asuntos Sociales nº 220 serie A, sesión celebrada el 9-12-1998, V Legislatura. Dice así su presentación: “La conclusión más rotunda por parte de todas las instancias que han participado en este trabajo es que el enfermo mental no cumple ningún papel en la cárcel y que, por su parte, las cárceles no están para tratar enfermos mentales.”

Recogido por el denominado Informe PRECA³ (Prevalencia - Cárceles) y tal y como en él se señala, es difícil extrapolar los datos obtenidos en muestras de un país a otro dada la heterogeneidad de la población penitenciaria y de las características particulares de los sistemas penales y psiquiátrico-legales. Incluso dentro de Europa, pueden existir diferencias considerables. España cuenta con una de las mayores tasas de encarcelamiento de Europa (160/100.000). En el año 2008, había 73.558 internos, de los cuales 54.746 (50.626 hombres y 4.120 mujeres) cumplían condena, 17.849 (16.073 hombres y 1.776 mujeres) eran preventivos, alrededor de 600 eran pacientes psiquiátrico-forenses (medidas de seguridad) y el resto estaban en otra situación penal administrativa (arrestos de fin de semana, transferidos a otros centros penitenciarios, etc.)⁴.

En el Estudio sobre salud mental en medio penitenciario elaborado por el Ministerio del Interior (2007) señalan una prevalencia estimada de trastornos mentales en población reclusa española del 46%⁵. Como señalara en su momento la responsable de Instituciones Penitenciarias, los resultados de ambos estudios (PRECA e Interior) han sido muy similares⁶, resultando que existen solo dos hospitales psiquiátricos penitenciarios: Alicante (Fontcalent) y Sevilla⁷.

Quedémonos de partida con este dato para comenzar a aquilatar el objeto de nuestro trabajo: que casi la mitad de la población reclusa pueda ser sujeto pasivo de enfermedades mentales resulta un extremo fáctico que suscita muchas cuestiones acerca de la finalidad, métodos y efectividad que guían la aplicación del derecho penitenciario en ciertas circunstancias.

Entre otros extremos relevantes y a los efectos que aquí nos concitan, uno de los resultados más destacados es que se observa claramente que la prevalencia de patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general. Y de qué forma: según los resultados obtenidos en el estudio PRECA la prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es alrededor de 5 veces más

³ Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA), Grupo PRECA, Barcelona 2011. El grupo PRECA queda constituido en el año 2006 con el objetivo de disponer de datos epidemiológicos relacionados con la salud mental de los internos en los centros penitenciarios españoles.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, 2010.

⁵ En las muestras estudiadas y referidas por el estudio PRECA (coincidente con otros informes), la mayoría de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos –las afectaciones mentales más comunes- tienen también historia de consumo de drogas. De acuerdo con los estudios más extendidos, se observa regularmente una alta comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de drogas. Una vez excluida la historia de consumo de drogas, se observa una disminución importante en las tasas de enfermedad mental en los reclusos, lo que pone de manifiesto la estrecha relación entre consumo de drogas y trastornos mentales.

⁶ Diario de Sesiones del Senado, 23 de mayo de 2011. Comparecencia de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, D^a Mercedes Gallizo Llamas, ante la Comisión de Interior, para informar sobre las estrategias de atención a los problemas de salud mental en el medio penitenciario.

⁷ En 2011 había 180 internos en Sevilla y 370 en Alicante.

alta. Existen otros estudios –Organización Mundial de la Salud- que lo elevan incluso a 7 veces⁸. Y su extensión e intensidad son motivos de preocupación para la Unión Europea⁹ y las Naciones Unidas¹⁰. Ello resulta de singular trascendencia en la medida en que las autoridades de los centros penitenciarios deben de saber cuántos internos padecen algún trastorno mental en un momento determinado y la probable naturaleza de estos trastornos si quieren proporcionar un cuidado adecuado a esta población (resultando igualmente su vinculación a los trastornos asociados a drogas¹¹). Tampoco puede olvidarse que existen otros elementos de discriminación que constituyen una agravante de partida de las posibilidades de afección psiquiátrica: sobre todo ser extranjero¹². En suma, encontrarse en una situación de vulnerabilidad obliga a plantearse prestar una atención particular a quienes en ella se hallan (en cualquier estado del proceso penal, y por supuesto en la ejecución de la pena), como ha puesto de manifiesto específicamente el Consejo de la Unión Europea¹³.

Y de aquí derivaremos una primera y obligada conclusión jurídica para nuestro análisis final: 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. Sólo una consideración conjunta permitiría su atención completa y suficiente. Puede verse en tal sentido la última memoria de la Estrategia en Salud Mental, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema

⁸ Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. Br. J. Psychiatry. 1992; 160: 769-776.

⁹ Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki. Copenhagen: WHO; 2005. Disponible en:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf; Mental Health Promotion in Prisons: Report on a WHO Meeting; 1998 nov 18-21; The Hague, Netherlands. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1998.

¹⁰ United Nations. Basic Principles for the Treatment of Prisoners 45/111: Genebre: General Assembly; 1998.

¹¹ Revista Española de Sanidad Penitenciaria, N° 1. Madrid, 1998. Pp. 5 ss.

¹² Destacar referencialmente el elevado porcentaje de población extranjera internada en las cárceles españolas, estimada porcentualmente en 3,2 veces más a la de la población general en España (INE, 2010). Los reclusos extranjeros en un elevado número no tenían residencia legal, son desempleados y no tienen acceso a los servicios. Estas variables sumadas al propio encarcelamiento (American Psychiatric Association, 1995) suponen un factor de riesgo adicional bien reconocido para la exclusión social (Royal College of Psychiatrists, 2007) y constituyen desencadenantes de enfermedad mental (Morgan et al., 2007). Futuros estudios deben centrarse en esta población para analizar el efecto sobre la reincidencia penal y el papel que juegan los recursos de salud mental en su asistencia.

¹³ Resolución del Consejo de 30 de noviembre de 2009 sobre un plan de trabajo para reforzar los derechos procesales de sospechosos o acusados en los procesos penales. En el Plan de Trabajo para tal reforzamiento se incluyen (Medida E) las denominadas “salvaguardias especiales para acusados o sospechosos que sean vulnerables” estimándose por tal situación de vulnerabilidad “que no puedan comprender o seguir el contenido o el sentido del proceso debido, por ejemplo, a su edad, o a su condición mental o física”.

Nacional de Salud¹⁴, donde se señala la importancia sanitaria y social de los trastornos mentales en España y se desarrollan los principios y valores básicos para el abordaje y la adecuada atención de estos problemas en todo el sistema asistencial público. Dentro del cual –añadimos nosotros- no vemos por qué no puede ser tenido en consideración el penitenciario.

Pero, demos un paso más en nuestra indagación, centrándonos en un universo aún más restringido (sin olvidar nunca ese entorno que sólo se puede autocalificar como de muy preocupante cuando casi la mitad de los internos en establecimientos penitenciarios son presa de enfermedades mentales en diverso grado, nada menos que cinco veces más que la población ordinaria). Acerquémonos, dentro de ese amplio elenco de enfermos mentales, al caso de aquéllos que se encuentran en una posición extrema: quienes se ubican en el concepto jurídico de inimputables.

Centrémonos, pues, en la situación de quienes no sólo es que sean parte de la población reclusa penitenciaria que sufre una enfermedad mental sino que llegan al supuesto de, por esa misma afección, no poder ser considerado jurídicamente responsable de sus actos. Y, además, se encuentra con otros ciudadanos (pues no dejan de serlo en ningún momento) que comparten su centro en un número alarmantemente elevado.

Pues no perdamos de vista algo realmente desconsolador desde la óptica jurídica (y es una afirmación especialmente cualificada por deberse a quien ha estado al cargo del funcionamiento de todo el sistema)¹⁵:

“¿Por qué tenemos, pues, sobreocupación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios? Una explicación es que hay un alto número de estos enfermos que son ingresados, entendemos que de manera inadecuada, en los centros psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario porque la derivación a recursos asistenciales ordinarios encuentra mucha resistencia de las comunidades autónomas responsables de estos servicios.”¹⁶

¹⁴ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Centro de publicaciones; 2011

¹⁵ Diario de Sesiones del Senado, 23 de mayo de 2011. Comparecencia de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

¹⁶ El resto de la intervención es igualmente descorazonador. Baste un párrafo (Op. Cit):

“Señorías, nos encontramos aquí con la paradoja de que una persona que es declarada inimputable y a la que se le impone una medida de seguridad de un año con internamiento en un hospital psiquiátrico penitenciario, ingresa en él a cumplir esa condena, que puede ser también de tres o de seis meses. Sin embargo, esta misma persona, si no hubiese sido declarada no responsable seguramente no habría ingresado en prisión con una condena tan baja, pero el juez consideró que no estaba en condiciones de ir a su casa y no tenía un recurso civil público al que enviarle.”

¿QUÉ RESPUESTA VIENE OFRECIENDO EL DERECHO AL PROBLEMA DE LOS INIMPUTABLES INTERNADOS EN ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS?

La figura del inimputable sigue revistiendo perfiles muy clásicos en nuestro derecho.

El principio de culpabilidad hace descansar la pena sobre la existencia de una previa actuación imputable a un individuo. El ciudadano solo responde criminalmente de lo que hace en términos susceptibles de legitimar el juicio de reproche a título de dolo o culpa. El Derecho Penal, para proteger los bienes jurídicos fundamentales, controla y sanciona conductas desviadas, por lo que el concepto de imputabilidad resulta clave: solo se puede imputar a quien reviste características biológicas y psíquicas que le hacen responsable de sus actos. El inimputable, por el contrario, no es culpable –en sentido jurídico-penal- de sus actos.

Con antecedentes claros en Aristóteles y su doctrina de las “*actiones liberae*” el influjo del cristianismo, el resurgir del Derecho Romano y el desarrollo del Derecho Canónico abren en la Edad Media el período de la responsabilidad moral¹⁷. Por obra de los teólogos, el libre arbitrio se convierte en el alma del Derecho Penal. Con arreglo a tales doctrinas solo quien goza de inteligencia, discernimiento y libre voluntad puede ser penalmente responsable. Las doctrinas de Bentham, Carrara, Carmignani y Rossi fueron recibidas en la España de Jiménez de Asúa. Y la evolución filosófica llega al campo jurídico: si solo el imputable puede ser penalmente responsable, como es capaz de cometer delitos (aunque no pueda ser castigado como delincuente por ellos) debe ser frenado y constreñido por la sociedad –que no considera imputables tales conductas pero que debe defenderse frente a ellas- mediante las medidas de seguridad. Enfermos mentales y medidas de seguridad son notas continuas de una evolución intemporal, que por supuesto llega a nuestros días.

En España los Códigos Penales de 1848, 1850 y 1870 invocan expresamente la enfermedad mental hablando de “*el imbécil y el loco*”, pasando los de 1928 y 1932 a destacar la figura del “*enajenado*” enlazándolo cada vez más con la figura de la medida de seguridad, protectora de la sociedad que no le considera voluntariamente culpable pero si socialmente peligroso.

¹⁷ Imputabilidad jurídico penal: “*Nueva enciclopedia Jurídica*” Seix, Barcelona 1965. Tomo XII, Pp. 36 ss.

La ya veterana Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) contiene una referencia mínima al problema de la atención psiquiátrica en prisiones en su artículo 36 cuando, muy de paso, señala:

“1. En cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. ..

2. Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios. ...”

Junto a ello el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario establece la organización de la asistencia primaria en prisión y aun de la especializada y hospitalaria, señalando que cuando sea necesario, los tratamientos se efectuarán en centros dependientes de otras administraciones públicas no penitenciarias. Los artículos 183 a 191 contemplan el *“Internamiento en un establecimiento o unidades psiquiátricas penitenciarias”*. No parece que los positivos propósitos contenidos en tales preceptos se estén alcanzando en la forma en que debiera. Tampoco parece, como han señalado algunos, que sea una regulación muy completa¹⁸.

Y el problema puede ser identificado desde un momento anterior, puesto que, en el seno del proceso judicial que conduce a la condena que finaliza en el internamiento en establecimiento psiquiátrico resulta esencial acentuar la protección de los derechos de los discapacitados intelectuales y enfermos mentales para asegurar una especial atención a sus necesidades reales, evitando que una consideración genérica de su situación de eventual inimputabilidad impida una consideración real de su situación.

Ello resulta especialmente importante por lo que respecta al empleo de medidas alternativas no privativas de libertad, evitando internamientos inadecuados.

Por su parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad garantizó que el Sistema Nacional de Salud prestaría atención a todos los pacientes en la misma red asistencial, y en el caso de los pacientes mentales, integró los diferentes servicios y recursos de asistencia psiquiátrica en una sola red pública. Su artículo 20 no deja lugar a dudas partiendo el Capítulo *“De la Salud Mental”* (constituido por este único precepto) de una premisa que dista de haberse conseguido en el ámbito penitenciario. Dice así:

¹⁸ NISTAL BURÓN, J. “El cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad. Problemática que genera la escasa regulación normativa al respecto” Diario La Ley, Nº 7865, 24 de mayo de 2012.

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios...”

No creemos que pueda darse por lograda esa *“plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general”* en el caso de los enfermos mentales internos en establecimientos penitenciarios. Y puede que la paradoja fuese que esa integración debería ser incluso superior a la ordinaria, habida cuenta del especial grado de postergamiento que sufren tales enfermos.

Menos aún cuando la asistencia sanitaria penitenciaria -repetimos que por ahora fuera de esa efectiva integración- es contemplada específicamente por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se insiste en la necesidad de que el dispositivo asistencial de la atención primaria en el medio penitenciario, sea definitivamente transferida a los dispositivos asistenciales de las Comunidades Autónomas con lo que se ganaría en coordinación, en equidad, continuidad, justicia y accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios.

Pues bien, un número importante de enfermos psiquiátricos graves en el sistema penitenciario, tiene este origen judicial y una serie de implicaciones médico-legales que influyen en su evolución, diagnóstico y rehabilitación.

Reiteramos aquí lo que se dijo más arriba para su ubicación en el Sistema Nacional de Salud: las personas que están en prisión forman parte de la sociedad –sanitaria y general- y 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. La organización del tratamiento de los trastornos mentales en prisión debe poder garantizar su equivalencia y continuidad con el recibido para la misma enfermedad en la comunidad.

Por su parte, en el Código Penal español, tras la trascendental reforma de 1995 donde viene a instaurarse un completo y nuevo sistema de medidas de seguridad¹⁹, se estipula que cuando una persona haya cometido un delito y sea considerada inimputable por causa de enfermedad mental, el tribunal tiene la posibilidad de someterle a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerle internamiento psiquiátrico involuntario, en una institución apropiada, por un periodo que en ningún

¹⁹ BARREIRO, A.J. “Reflexiones sobre la problemática actual y el futuro de las medidas de seguridad criminales: su regulación en el Derecho Penal Español y en el Derecho Comparado” Revista La Ley, 24/11/2010. Homenaje a Santiago Mir Puig.

caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle. Analicemos este supuesto por ser el de nuestro examen.

El internamiento en “*centro psiquiátrico*”, que no se corresponde literalmente con la medida de seguridad privativa de libertad prevista en el art. 101.1 CP —el internamiento para tratamiento médico o educación especial en un “*establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie*”— y en el art. 104.1 CP, es aplicable respectivamente a los delincuentes peligrosos inimputables o *semiimputables* que fueran declarados exentos de responsabilidad criminal conforme al art. 20.1.º CP (art. 101.1 CP), o en su caso les fueran aplicable la eximente incompleta (art. 21.1.º CP) relacionada con la eximente 1.ª del art. 20 CP (art. 104.1 CP). La regulación del alcance de esta medida privativa de libertad la podemos encontrar, en principio, en los artículos 183 y siguientes del Reglamento Penitenciario, cuya normativa nos remite a los “*establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias*” (artículo 184.b del citado Reglamento). Esta clase de internamiento ha de estar sometido a un control judicial y a una revisión periódica —al menos, cada seis meses por parte de un equipo multidisciplinar— de la situación personal del paciente, debiendo emitirse un informe sobre su estado y evolución (artículo 187 Reglamento).

Una de las cuestiones más polémicas en referencia a lo que aquí nos ocupa se refiere a qué ámbito de aplicación debe limitarse esa medida privativa de libertad, teniendo en cuenta su peculiar configuración, es decir, al tratarse de un internamiento en centros hospitalarios psiquiátricos penitenciarios, con especiales medidas de seguridad. En buena lógica la mencionada medida privativa de libertad debería aplicarse sólo a los enfermos mentales delincuentes y especialmente peligrosos, cuya elevada peligrosidad —manifestada en la previa comisión de un delito y relacionada con la probable comisión de ulteriores delitos de cierta relevancia, cuyas consecuencias jurídicas a nadie se escapan²⁰— no pueda ser conjurada mediante la hospitalización del sujeto en un hospital psiquiátrico que carezca de las condiciones necesarias de seguridad para neutralizar la especial y elevada peligrosidad criminal del enfermo delincuente. En los otros casos, de peligrosidad criminal no grave, cabe entender que lo procedente sería acordar un internamiento en centro psiquiátrico no penitenciario, es decir, perteneciente a otro sector de la Administración Pública o centro privado de una entidad colaboradora.

Y nos hallamos ya ubicados en el entorno jurídico de la asistencia al enfermo internado en establecimiento psiquiátrico. ¿Qué situación jurídica rodea a ese ciudadano, que lo es, cuyos derechos civiles están disminuidos por el cumplimiento de una pena y cuyos derechos como persona están

²⁰ YAÑEZ VIVERO, F. “Examen jurisprudencia de la responsabilidad derivada de ilícitos dañosos causados por personas” Revista Crítica de Derecho Inmobiliario, nº 728, pp. 3403 a 3637.

igualmente condicionados por su dolencia?²¹ Tampoco se olviden las especiales circunstancias de responsabilidad patrimonial que pueden derivar para la Administración Pública derivadas de enfermos dependientes o vinculados a ella²².

Como queda dicho más arriba por los estudios al principio indicados, los trastornos que se observan comúnmente en el medio penitenciario, se caracterizan por su complejidad, su cronicidad y por su relación con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y su manejo, como por ejemplo su asociación con la adicción a drogas o con dificultades de aprendizaje. Por esta razón resulta muy conveniente que sea un equipo multidisciplinar el que de manera coordinada se encargue del tratamiento de este tipo de enfermos.

Pero no resulta difícil comprender que la peculiar organización de la vida en un centro penitenciario - presidida por el control, la disciplina, las restricciones, la convivencia forzada, los horarios rígidos, la monotonía, el aislamiento emocional y la frustración- hace muy difícil la construcción de espacios

²¹ Especialmente descorazonador resulta el testimonio, cualificado por su condición de jueces, derivado de RODRÍGUEZ SÁEZ, J.A. y LEYVA GRASA, D. contenido en *“El fundamento ético-jurídico de la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico”* (Diario La Ley, Nº 7762, 26 de diciembre de 2011). Extractamos y recomendamos su lectura íntegra:

“Hace unos años, cuando comenzamos nuestra andadura en el Juzgado especializado en ejecución penal, me encontré una mañana con una ejecutoria sobre la mesa del despacho. Tenía una anotación en la portada, de la tramitadora del expediente, que lanzaba un lacónico y expresivo «¿qué hago?». Buscamos, como siempre, sus últimas páginas para ver qué había provocado que el expediente saliera del armario y me encontré con un manuscrito, difícilmente inteligible, de la persona que aparecía como penado, en el que, con un tono pretendidamente respetuoso, lanzaba un grito desesperado con el que preguntaba por las razones que justificaban su situación....Se trataba de una persona que permanecía en prisión desde hacía casi diez años (¡diez años!) y «cumplía» en aquel momento la tercera medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. La ficha de situación procesal-penal que ofrece la administración penitenciaria arrojaba un paisaje esperpéntico: tres medidas de internamiento psiquiátrico y seis penas de prisión pendientes de cumplimiento, tras agotar los períodos máximos de duración de otras dos medidas de internamiento, una de ellas correspondiente a una ejecutoria de otro Juzgado de lo Penal. El interno intentaba explicar que llevaba ya mucho tiempo privado de libertad, que su conducta era satisfactoria y que ya era hora de acceder a un régimen de semi-libertad, como habían conseguido otras muchas personas presas. Pedía una acumulación de condenas y el consiguiente límite de cumplimiento. Todas las penas y las medidas de internamiento se habían impuesto por delitos de estafa....Nuestra primera reacción, además de encontrar la manera más adecuada de informar a aquella persona perdida y desorientada de su compleja situación, fue la de requerir al centro penitenciario donde se encontraba de que elevara un informe sobre el régimen de vida que había tenido y tenía el interno, su ubicación física dentro de la prisión y sobre el tratamiento psiquiátrico que recibía y al que debía estar sometido. Necesitábamos medir la distancia que se había abierto, durante tantos años, entre el planteamiento técnico-jurídico del Código Penal (y de la Constitución) y la desoladora realidad que había aparecido ante nuestros ojos. Necesitaba lograr una respuesta a la cuestión que se repetía una y otra vez: ¿qué sentido tiene todo esto? Ordenamos al Centro Penitenciario para que informase de todo ello pero la respuesta nunca llegó porque el interno-paciente falleció poco después.”

²² Múltiples casos cabe encontrar en la doctrina del Consejo de Estado sobre responsabilidades derivadas de enfermos mentales internados en centros penitenciarios o causadas por ellos con ocasión de su salida de los mismos. Pueden verse, entre otros muchos, los dictámenes 1614/2011, de 10 de noviembre de 2011 o 2068/2007, de 19 de diciembre de 2007. La jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto es igualmente abundante, pudiendo citarse referencialmente sentencias de 4 de junio de 2002 o 29 de noviembre de 2011.

terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales. A pesar de ello y como señalan los estudios, estos espacios existen en determinados módulos de la prisión, en la enfermería, en talleres ocupaciones, en dispositivos en los que se facilita la compañía de mediadores o de terapeutas voluntarios.

Importa destacar aquí otro extremo: La potenciación de estos espacios y la formación de todos los funcionarios de los centros el manejo de personas con trastornos mentales, es una pieza importante en la construcción de ambientes positivos, donde se fomenten las relaciones de respeto entre los internos, de seguridad y de empatía. Es importante crear la atmósfera necesaria para poner en marcha terapias específicas para la rehabilitación y la autonomía de los enfermos. Estos espacios deben ponerse a disposición de los pacientes sin que se conviertan en guetos donde agruparlos y separarlos del resto de internos de la prisión para que no "entorpezcan" la vida normal del centro.

¿QUÉ NECESIDADES REQUIEREN UNA MAYOR ATENCIÓN NORMATIVA?

El enfermo mental ubicado en un psiquiátrico penitenciario necesita una respuesta terapéutica que debe ser de igual calidad a la recibida por los enfermos en la comunidad²³. Nadie es peor por estar en prisión y sólo quedan atemperados ciertos derechos vinculados a su libre circulación. Y el derecho a la salud no se encuentra afectado por la condena y debe poder ejercerse con pleno vigor (lo que alguno de los estudios citados ha dado en llamar "*principio de equivalencia asistencial*").

La falta de definición jurídica de la respuesta y el carácter de norma en blanco dirigida a los responsables de la salud psiquiátrica penitenciaria hacen que, respecto a la metodología para asegurar la equidad en la prestación asistencial, las opiniones de los autores varíen. Unos sostienen la necesidad de que sea la misma institución que presta la asistencia a las personas cuando están en libertad, la que la preste cuando están en prisión, lo que sin duda aseguraría un trato equivalente, por tanto se fomenta la transferencia del personal asistencial desde la administración penitenciaria a la administración sanitaria de la comunidad como método ideal para asegurar la equidad en la prestación de este importante derecho. Esto es así en países de nuestro entorno como Francia, Inglaterra y Gales o Noruega. Otros defienden la actuación de equipos asistenciales especializados, que ya trabajan con colectivos de

²³ LEGANÉS GÓMEZ, S. "Enfermedad mental y delito (Perspectiva jurídica y criminológica)" La Ley Penal, Nº 76. Noviembre 2010: "El ser humano es un ser racional, y cuando una persona pierde la razón, no pierde por ello su condición humana; al contrario, ésta se expresa entonces con más nitidez y rotundidad, ya que la ausencia de raciocinio acarrea mayor debilidad o limitación, es decir, mayor fragilidad ante el mundo y ante los demás. Por tanto, debemos tener la convicción moral de que nada de lo que a los enfermos mentales se refiere nos es ajeno."

exclusión y con cuadros complejos en la comunidad, para que actúen en el medio penitenciario. La respuesta será de organización sanitaria y penitenciaria. Pero en todo caso y bajo nuestra estricta perspectiva jurídica, no parece incorrecto que, administrativamente, parezca prevalente el hecho de que sea la misma organización especializada de la sanidad pública que actúa en los problemas de salud mental con los enfermos en libertad, lo haga con los enfermos en prisión. Y, tampoco se olvide desde la perspectiva bajo la que analizamos todo este problema, siempre la posición del abogado del paciente reviste una singular relevancia como asesor cualificado de su cliente y de la Administración de Justicia.

Y esta dimensión sanitaria nos lleva a que los recursos asistenciales en prisión son los únicos capaces de actuar con eficiencia en la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Son dispositivos capaces de detectar tempranamente las patologías asociadas a la marginación social, rescatando a enfermos crónicos de una espiral de deterioro y conflictos reiterados con la justicia. Los enfermos son detectados y estabilizados en prisión y tienen la oportunidad de reincorporarse a la sociedad con mejor nivel de salud, siendo derivados a dispositivos asistenciales en la comunidad que tratarán su trastorno reduciendo el riesgo de recaídas y por tanto de reincidencia en comportamientos antisociales a causa de su enfermedad. Ni que decir tiene que todo ello requiere un aparataje jurídico de apoyo, que pueda ir más allá de la libertad de movimientos y percepciones con que se pueden mover –y estimamos que lo hacen en sentido positivo siempre- las diferentes Administraciones concernidas por este grave problema.

Porque solo un estatuto diferenciado del enfermo mental o del discapacitado intelectual que se halla en prisión permite construir, forzosamente porque el derecho así lo dictaría, un obligado entendimiento entre las administraciones de Justicia, socio-asistencial y penitenciaria, englobando también la obligación de atender el punto de vista del usuario y de la sociedad. Sólo con un trabajo organizado y ágil de todos estos agentes, será posible poner a disposición de los pacientes, los recursos necesarios y en el momento adecuado, en la evolución de su proceso mental. Y, una vez más, la figura del abogado se nos antoja crucial en todo ello.

Tal estatuto diferenciado requiere una nueva definición de cometidos para cada uno de los estadios de la situación: los jueces del proceso penal (cuya información sobre los particulares del caso debe procurarse siempre que sea la más profunda y completa posible), los responsables de la adopción y ejecución de las medidas de seguridad, los responsables de los establecimientos penitenciarios, los abogados del interno (especialmente en el caso de los abogados de oficio, cuya formación en la materia siempre debe ser objeto de especial atención) y, muy especialmente, los facultativos que tienen que actuar para dar eficaz cumplimiento al mandato de la sociedad a las instituciones rehabilitadoras para que aquéllos ciudadanos que se encuentren en tales circunstancias tengan garantizada una respuesta

jurídica común y coordinada que, asegurando el bien jurídico común protegido por el Código Penal, permita también ofrecer una salida al problema de quienes se hallan en tan delicada situación.

Y la prolongación de este estatuto jurídico diferenciado ofrece más perfiles. También es importante – como han demandado algunos- desarrollar una campaña de sensibilización social -dirigida tanto a la opinión pública, como a los profesionales *sociosanitarios* y a los actores judiciales- que contrarreste la doble estigmatización que sufren los enfermos mentales que están sometidos a un proceso judicial. Este estigma es responsable en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos, lo que les discrimina gravemente a la hora de acceder a los tratamientos rehabilitadores que necesitan. Esto es especialmente grave en el caso de aquellos pacientes que han sido declarados no responsables de los delitos que cometieron y que afrontan medidas de seguridad, se diría que impuestas más como un castigo que como un tratamiento.

A nadie se oculta que las razones económicas actuales pueden estar en el fondo de una escasez de recursos para estos enfermos. Aunque podría parecer que la estancia por persona en un recurso penitenciario es más barata que en un recurso asistencial, es preciso mostrar –y así lo hacen algunas cualificadas opiniones- a los gestores económicos de las cuentas públicas que destinar a estos pacientes de manera temprana al recurso *sociosanitario* adecuado reduce el riesgo de comportamientos antisociales, con lo que se evitarán los gastos reiterados derivados de los arrestos e investigaciones policiales, de los procesos judiciales, de las estancias en prisión, por no hablar del coste social que soportarán las víctimas de los posibles delitos, los familiares del enfermo y el propio paciente.

Es necesario resolver las controversias y dilemas éticos y legales que determinan la actuación clínica en casos concretos. Es el caso de las condiciones de aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del enfermo o los protocolos de traslado urgente desde los lugares de detención y custodia del enfermo mental (comisarías o centros penitenciarios) a recursos socio-asistenciales, tanto para diagnóstico de un cuadro agudo como para la derivación y seguimiento una vez que el paciente sale del sistema penitenciario.

Continuando con las medidas complementarias del estatuto jurídico del enfermo en establecimientos psiquiátricos penitenciarios, también demandan algunos sectores –y resulta perfectamente asumible- establecer un programa de formación continuada, tanto de los funcionarios de vigilancia, como de los profesionales dedicados a la intervención terapéutica en las prisiones. La mejora de sus capacidades les permitirá tomar conciencia de la situación de estos enfermos en el medio penitenciario y de la influencia que todos los trabajadores penitenciarios tienen en la creación de ambientes terapéuticos en prisión.

La Secretaría General de IIPP comenzó a plantearse todas estas cuestiones hace unos años (2007) cuando se publicó el "Plan de Salud Mental de Instituciones Penitenciarias". Después de un periodo de prueba inicial de las actuaciones que se proponían en el citado plan y tras la evaluación de los resultados, se llegó al Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM), publicado en Septiembre de 2009. En este documento se resumen las directrices de la Secretaría General sobre la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario. Nuestra misión como juristas es nutrir con ellas un estatuto jurídico individualizado del enfermo mental en establecimientos penitenciarios²⁴. Examinémoslas.

En primer lugar, y como la asistencia especializada y hospitalaria depende de las instituciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, su colaboración es indispensable para garantizar una igualdad en la prestación, en tanto no se cumpla la Ley de Cohesión y Calidad que establece la transferencia a las instituciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma de la asistencia sanitaria de atención primaria en los centros penitenciarios, hasta hoy cubierta por el Ministerio de Interior.

Por otro lado el PAIEM prevé la creación de equipos multidisciplinares en los centros, impulsados por el director y los subdirectores de tratamiento y de sanidad, pero compuestos por todos aquellos profesionales que pueden intervenir en las actividades asistenciales con estos enfermos en su vida diaria en prisión: personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de Asociaciones u ONGs, juristas (añadimos que no debe olvidarse al abogado del interno en ningún caso), maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia. Su potenciación resulta imprescindible.

Tampoco puede olvidarse que el PAIEM establece el punto de unión para el abordaje de los problemas de salud mental, complejos y cambiantes, que se observan entre los internos que están en un centro penitenciario cumpliendo una pena o a la espera de juicio. Sirve de conexión con otros programas específicos de tratamiento, por el ejemplo el de las adicciones en prisión, que proporciona el Grupo de Atención a los Drogodependientes (GAD) o el programa de Discapacitados Intelectuales. A partir del PAIEM se puede establecer un diagnóstico temprano, un plan de tratamiento individualizado y un seguimiento tutorizado de las disfunciones adaptativas. De igual forma, es posible ver cómo el enfermo evoluciona dentro del programa rehabilitador. La actividad de los profesionales externos a la institución penitenciaria como los especialistas en psiquiatría, o los terapeutas y trabajadores sociales que

²⁴ El PAIEM está siendo aplicado en casi el 90 % de los centros penitenciarios (60, sin contar los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios).

participan desde las ONGs, se canaliza y coordina con el resto de actividades que proporciona el equipo multidisciplinar, en las reuniones del equipo PAIEM.

Las controversias entre los planteamientos estrictamente jurídicos y los fundamentados en criterios clínicos respecto a la derivación, tratamiento y custodia de alguno de estos enfermos mentales sometidos a la tutela de los tribunales, se mantienen en nuestro país. En España y como se describiera más arriba en la evolución de la perspectiva jurídica del enfermo mental ante la ley penal, es especialmente llamativo el problema suscitado con los enfermos sometidos a medidas de seguridad y no declarados por tanto responsables de su conducta delictiva. Los tribunales pretenden con esas medidas asegurar un correcto tratamiento y alcanzar la rehabilitación de estos enfermos que -sin embargo- agotan el tiempo de la medida de seguridad privativa de libertad hasta el último día, en un recurso asilar de bajo perfil rehabilitador como es un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Ser un enfermo mental, en definitiva, se termina convirtiendo en una agravante efectiva de la pena.

Y una mención más, de carácter estadístico: los (escasos) hospitales psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario se encuentran sobreocupados porque soportan una excesiva derivación de enfermos que han entrado en el sistema judicial pero que no encajan en el perfil clínico de un enfermo mental que precisa asistencia hospitalaria. Las causas de esta derivación inadecuada son múltiples: descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial; estigmatización de estos enfermos -que causa rechazo en los recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse-; presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación; ausencia de políticas de prevención y control de la enfermedad mental en pacientes crónicos con una red de apoyo social deficitaria, lo que provoca que esos enfermos acaben empeorando y teniendo comportamientos antisociales, en ocasiones reiterados y finalmente graves.

Y como esperanza de futuro cumple dar unos datos finales, siempre desde la estricta óptica jurídica en que nos movemos, con arreglo a los cuales, una vez recopiladas una serie de reflexiones aportadas por expertos que han venido trabajando en los últimos años, en grupos multidisciplinarios de algunas Comunidades Autónomas para debatir sobre enfermos de su comunidad sometidos a medidas de seguridad e ingresados en los Psiquiátricos Penitenciarios, en lo que se ha denominado "Comisiones de Análisis de Casos" (CAC), se han alcanzado algunas conclusiones reveladoras:

No se han aportado datos que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la comunidad al actuar primando la derivación del enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos con alto potencial asistencial sobre recursos con alto potencial de control, si se elige el perfil adecuado de

enfermo, constatándose que una correcta derivación reduce la reincidencia y ahorra costes sociales y económicos.

Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones que sean capaces de afrontar de manera flexible y ágil todas las distintas necesidades asistenciales que la, a menudo, caótica carrera psicosocial de un enfermo complejo pueda plantear a lo largo de su vida.

La adecuada derivación implica, al menos, el correcto entendimiento de dos complejas administraciones, la sanitaria y la judicial. Ambas trabajan sobre una misión, visión y valores muy distintos, con una cultura muy diferente, por lo que los acuerdos entre sus representantes son laboriosos.

Según la evidencia publicada un 81% de los enfermos sometidos a medidas de seguridad, son reincidentes en la comisión de actos delictivos, generalmente 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. No hay reincidencia en este tipo de enfermos.

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.

Una efectiva asignación administrativa de recursos asistenciales trabajando en coordinación con las autoridades penitenciarias y judiciales -en el caso de enfermos que están sometidos a medidas de seguridad, o incluso han cumplido una pena, pero necesitan un seguimiento de su enfermedad- garantiza una adecuada derivación y evitan la reincidencia.

No hay evidencias de relación entre enfermedad mental y criminalidad²⁵. La enfermedad mental puede causar comportamiento delictivo, en la medida en la que contribuye a un estilo de vida caótico,

²⁵ NÚÑEZ FERNÁNDEZ. J. "La peligrosidad postdelictual del enfermo mental inimputable y su gestión jurídico penal (1)" Diario La Ley Nº 7160, 23 de abril de 2009: "En términos generales se puede afirmar que la criminalidad del enfermo mental no tiene su origen directo en la patología. Las razones que le llevan a delinquir no difieren significativamente de las que conducen al crimen a los sujetos sanos o imputables. Son los factores de riesgo de la

vulnerable socialmente, “estigmatizante” y marginal. En otros casos la perniciosa influencia individual de un proceso mental grave o crónico está en el antecedente de un acto incomprensible, impulsivo e impredecible que conduce a una conducta delictiva.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio –segmentadas por los destinatarios de las mismas- serían las siguientes:

De organización administrativa general: los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían mejorar su coordinación con la red de asistencia psiquiátrica y social comunitaria para garantizar el tratamiento integral de esta población de riesgo. Solo una plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general puede equiparar al enfermo mental con las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales.

Relativas al proceso jurisdiccional previo: 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. La intervención del abogado en este tipo de procesos resulta especialmente decisiva.

Relativas a la evitación del internamiento: la falta de hospitales psiquiátricos penitenciarios y la sobreocupación que presentan los existentes aconseja la potenciación de los denominados “*protocolos de derivación*” con la finalidad de evitar encarcelamientos psiquiátricos innecesarios y mantener en el sistema sanitario general de forma controlada a quienes no deben estar reclusos.

Relativas al internamiento en sí mismo: la falta de centros especializados que garanticen atención adecuada y completa a los presos que manifiestan algún tipo de trastorno mental y la escasa capacidad de los hospitales psiquiátricos penitenciarios constituyen cuestiones preocupantes.

Relativas a la mejor atención al enfermo: la más efectiva protección del enfermo mental en instituciones penitenciarias requeriría un auténtico estatuto jurídico diferenciado, actuando coordinadamente sobre

criminalidad en general, que por tanto también afectan a los delincuentes cuerdos y a los enfermos imputables, los que más satisfactoriamente explican el comportamiento delictivo del paciente psiquiátrico.”

diferentes cuerpos jurídicos (legales y reglamentarios) para incorporar las mejores prácticas posibles con la idea de revestir su situación de garantías y derechos que permitieran su más rápida y completa integración en la sociedad.

