

Institución penitenciaria y salud mental: la última frontera

**JOSÉ MANUEL ARROYO COBO, MARÍA DEL ROCÍO ACEDO RAMIRO,
SERGIO RUIZ ARIAS Y PAULA INMACULADA GIRÁLDEZ RAMÍREZ**



*Premio Nacional
Victoria Kent
Año 2021*

Segundo Accésit

**INSTITUCIÓN PENITENCIARIA
Y SALUD MENTAL:
LA ÚLTIMA FRONTERA**

**José Manuel Arroyo Cobo,
María del Rocío Acedo Ramiro, Sergio Ruiz Arias,
Paula Inmaculada Giráldez Ramírez**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

COLECCIÓN: PREMIOS VICTORIA KENT

Edita:

Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica

Autor y Gestión de los contenidos:

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias



Imprime:

Entidad Estatal Trabajo Penitenciario
y Formación para el Empleo



Maquetación e Impresión:

Taller de Artes Gráficas (Preimpresión)
Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)



"CÁMARA CERTIFICA" CERTIFICA QUE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN IMPRESIÓN, ARTES GRÁFICAS, DISEÑO Y CONFECCIÓN INDUSTRIAL Y CARPINTERÍA METÁLICA ES CONFORME A LA NORMA ISO 9001:2015. CENTROS DEL ALCANCE: MADRID I, MADRID III, MADRID V, TOPAS, EL DUESO, CÓRDOBA, JAÉN, SEGOVIA, OCAÑA I, OCAÑA II, MONTERROSO Y LA GERENCIA DE LA EEDPTPFE.

El Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro) posee la Certificación ISO 9001:2015 N° EC-1.2468.17

NIPO (ed. Papel): 126-22-044-1

NIPO (ed. Web): 126-22-045-7

Depósito Legal: M-19846-2022

ISBN: 978-84-8150-336-4

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gob.es>



En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

Los/as Autores/as



José Manuel Arroyo Cobo

Formación:

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Doctor en medicina por la Universidad de Zaragoza y **Licenciado en Psicología**, especialidad clínica.

Máster en Gestión Pública Directiva por el INAP, **Máster en Salud Pública** por la Escuela Nacional de Sanidad.

Carrera Profesional:

Médico del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria en activo desde el 1985, con destinos en diferentes prisiones.

Desde 2008 a 2018 Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Actualmente Director de Programas en el CP de Zuera.



María del Rocío Acedo Ramiro

Formación:

Arquitecta por la Universidad Politécnica de Madrid 1992.

Máster en Gestión de Proyectos y Concesiones Centro Superior de Arquitectura.

Máster Universitario en Instalaciones, Eficiencia, Calificación y Auditoría Energética en la Universidad Europea de Madrid 2014.

Máster de Bim Manager 2020.

Carrera Profesional:

Proyecto de Ejecución del Centro Penitenciario Norte III en San Sebastián, Proyecto de Urbanización en el solar que ocupaba la Cárcel de Carabanchel. Proyecto del Complejo Psiquiátrico dependiente de IIPP.



Sergio Ruiz Arias

Formación:

Licenciado en Psicología por la UNED (1992) con las especialidades de Psicología Clínica y Psicología Industrial.

Máster en Psicología de la Intervención Social. Universidad de Granada.

Máster en Dirección de Recursos Humanos. Escuela Internacional de Negocios, Madrid.

Carrera Profesional:

Pertenece al **Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias (Especialidad Psicólogo)** desde el año 1994.

En la actualidad, desempeña el puesto de **Gerente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.**

Anteriormente ha desempeñado los puestos de **Director de Programas** en el Centro de Inserción Social de Granada, **Subdirector de Tratamiento** del Centro Penitenciario de Albolote y del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y **Psicólogo** de los Centros Penitenciarios de Las Palmas y Albolote.



Paula Inmaculada Giráldez Ramírez

Formación:

Licenciada en Derecho (Especialidad Derecho Público) por la Universidad de Sevilla.

Experta Universitaria por el Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología e Investigación Criminal (Sección de Sevilla) (Promoción 2002-2005).

Carrera Profesional:

Desempeño del puesto de **Jurista** en el Centro Penitenciario de Huelva desde septiembre de 2001 hasta diciembre de 2009.

Desempeño de la **Subdirección de Tratamiento** del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla desde diciembre de 2009 hasta la actualidad.

Índice

ÍNDICE

	Págs.
LOS/AS AUTORES/AS	7
1. INTRODUCCIÓN	15
Metodología del trabajo	19
2. LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE JUDICIALIZADO (TMGJ)	21
2.1. Presencia de la enfermedad mental en reclusos	23
2.2. Enfermo que delinque y delincuente que enferma	26
3. EL FENÓMENO DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL	31
3.1. Causas de la judicialización del enfermo mental	33
3.2. Itinerario del enfermo mental judicializado	36
3.3. Perfil del enfermo mental judicializado	41
4. LEGISLACIÓN RELATIVA A LA ENFERMEDAD MENTAL EN ESPAÑA	45
4.1. Detención y etapa previa a la sentencia	50
4.2. Cumplimiento de la sentencia	54
4.3. Final de la sentencia e incorporación social	63
4.4. El caso de los penados con enfermedad mental sobrevenida...	64
5. REHABILITACIÓN DEL TMGJ. DETECCIÓN TEMPRANA Y ASISTENCIA	67
5.1. Recursos que mejoran la detección temprana. La coordinación interinstitucional	70
5.1.1. En la Comisaría de Policía	73
5.1.2. Detección temprana en los Juzgados	75
5.1.3. Detección al ingreso en un Centro Penitenciario ordinario	77
5.1.4. Detección durante el cumplimiento de unas medidas de seguridad en un CIS	78
5.2. Recursos que mejoran la asistencia y rehabilitación	79
5.2.1. En la comunidad	79
5.2.2. Recursos dependientes de IIPP	82

5.3. Acceso a recursos asistenciales al final de la condena	87
5.4. Historia de los hospitales psiquiátricos penitenciarios en España	89
5.5. Las posibilidades rehabilitadoras de una institución psiquiátrica cerrada	96
6. CONCLUSIONES	105

1. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

Para las personas con enfermedad mental grave que quedan fuera de los circuitos asistenciales comunitarios, en muchos casos, la institución penitenciaria es la última frontera entre la salud y la enfermedad; la última oportunidad para su reincorporación social. Son enfermos especialmente vulnerables que acaban por entrar en contacto con la administración de justicia. Cuando contactan con la institución penitenciaria, sin la atención de los servicios sanitarios penitenciarios empeorará su salud mental, su conducta se hará más disruptiva y es muy posible que acaben con un deterioro físico y mental irrecuperable, o desarrollen conductas hetero o autoagresivas con graves consecuencias para sí mismas o para las personas que les rodean. Con una detección temprana, un adecuado tratamiento estabilizador de su cuadro, y los programas rehabilitadores adecuados, estas personas tienen posibilidades de mejorar y reincorporarse a los circuitos socio-asistenciales comunitarios de los que nunca debieron salir.

Este documento es una invitación al análisis de la situación en base a la revisión sistemática de textos publicados, transcripciones de conferencias, informes internos y documentos de consenso de grupos de trabajo sobre esta materia. Se pretende ordenar, actualizar y reflexionar sobre un tema que a juicio de los autores, hasta la fecha no tiene la relevancia social, jurídica y científica que merece.

Por qué es preciso reflexionar sobre este tema

Una persona con un trastorno mental grave (TMG), en un momento puntual de su enfermedad y como parte de la sintomatología del proceso, puede generar una conducta que implique riesgo físico para él mismo o para los que le rodean y a consecuencia de lo cual, que sea necesario requerir a las fuerzas y cuerpos de seguridad para su contención. Igualmente, si la persona con TMG comete un delito, se produce una judicialización de su enfermedad.

Muchos autores piensan que las razones de esa situación hay que vincularlas en parte, con la existencia secular del cierre de los Hospitales Psiquiátricos, como lugar para el “depósito” de personas con problemas diversos que no se pudieron, quisieron o supieron atender en los sistemas generales de salud y servicios sociales. De hecho, los Hospitales Psiquiátricos desde su origen, mezclaban en su interior personas

con necesidades de atención sanitaria, carencias sociales, rechazo familiar, vecinal e institucional y en bastantes ocasiones, problemas con la Administración de Justicia. Constituían así una especie de “cajón de sastre” que mezclaba diagnósticos clínicos, problemas personales y necesidades de atención tan diversas que eran imposibles de atender razonablemente en una única institución.

Dentro de los hospitales, convivían tres tipos de personas cuya característica común era el rechazo a atenderlos en otras estructuras sanitarias y sociales:

- Un 30% de personas mayores, con diagnósticos diversos y sin necesidades de atención hospitalaria.
- Otro 30% de personas con discapacidad intelectual y distintos niveles de alteraciones de conducta, en muchos casos resultado de la vida institucional.
- El 40% restante de personas con trastornos mentales graves, mayoritariamente con diagnóstico de esquizofrenia, menores de 65 años y también con diversas situaciones sintomatológicas y sociales.

Los dos primeros grupos tenían y tienen, programas perfectamente establecidos en los Servicios Sociales, aunque la desaparición de los Hospitales Psiquiátricos obliga a cubrir mejor determinados sectores de enfermos vulnerables con mayor dificultad de manejo, para evitar recurrir al uso inadecuado del “cajón de sastre” manicomial. No hay que olvidar que en todo caso, debe garantizarse una correcta coordinación con los servicios sanitarios de salud mental, que se caracteriza por un modelo de atención puntual, control periódico, asesoría y apoyo, aunque ya no de atención hospitalaria prolongada.

El grupo de enfermos con menor cobertura social era el tercero. Y no la tenía, no porque no la necesitase, sino porque secularmente se pensaba en él como necesitado de un espacio de exclusión único y alejado de la vida social y no tanto de la articulación de esfuerzos sanitarios y sociales, que pudieran permitir a sus miembros ganar autonomía y funcionalidad social. Por eso, el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y el desarrollo de nuevos y mejores servicios sanitarios exigían un esfuerzo paralelo de desarrollo de recursos de apoyo social específicos para este sector hasta entonces excluido de la discapacidad, tanto en el nivel conceptual como en el de los servicios e intervenciones, un esfuerzo todavía pendiente. El resultado de estas carencias: la transinstitucionalización de este colectivo, desde los asilos manicomiales a las prisiones.

El problema que siempre planteó este colectivo, y que sigue vigente en muchos territorios de nuestro país, es que en los supuestos de personas con enfermedad mental grave, cuando se da un conflicto entre derechos básicos, la salud y la libertad de la persona por un lado, y la seguridad de la familia y del medio social por el otro, pueda resolverse manteniendo un equilibrio entre ambos derechos que sea compatible con el tratamiento del enfermo. Si las instituciones encargadas de la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental, fueran capaces de mejorar los índices de prevención de la judicialización de la enfermedad, evitarían la lesión de derechos básicos de dos clases de víctimas, el propio enfermo y las personas que le rodean cuando resultan dañadas por sus actos patológicos. La intervención evitaría una estigmatización del paciente que dificulta las condiciones para su recuperación. Se actuaría también mi-

nimizando el sufrimiento de sus familias y el gasto económico y social del proceso policial y judicial que conlleva la ejecución de un sumario.

Metodología del trabajo

Se han utilizado diferentes fuentes de información: como fuentes primarias artículos científicos de revistas indexadas y documentos internos sobre la materia de la Subdirección general de Sanidad Penitenciaria. Como fuentes secundarias se consideraron las bases de datos especializadas como Pubmed, Scopus, Scielo, Latindex, DOAJ (Directory of Open Acces Journals), BioMed Research International, Cochrane Database y Google académico.

Se estableció una estrategia de búsqueda consistente en rastrear documentos en los que estuvieran los siguientes términos del MESH (medical subject headings) y sus correspondientes traducciones al castellano teniendo en cuenta el índice DESC (Descriptorios en Ciencias de la Salud): ‘mental disorder’, ‘jail’, ‘mental health’, ‘penitentiary’, ‘prison center’, ‘prison’, ‘prison system’, ‘social rehabilitation’, ‘mental pathology’, ‘psychiatry’, ‘mental illness’, ‘prison mental health’, ‘prison psychiatry’, ‘prison mental illness’. ‘Trastornos mentales’, ‘cárcel’, ‘salud mental’, ‘penitenciaría’, ‘centro carcelario’, ‘prisión’, ‘sistema penitenciario’, ‘readaptación social’, ‘patología mental’, ‘psiquiatría’, ‘enfermedad mental’, ‘salud mental penitenciaria’, ‘psiquiatría carcelaria’, ‘enfermedades mentales penitenciarias’.

Criterios de inclusión de los documentos:

- Trabajos sobre trastornos mentales y del comportamiento en el contexto penitenciario, publicados desde 1980 hasta junio de 2021.
 - Artículos originales, con diseño analítico, observacional, prospectivo, retrospectivo, transversal, aleatorizado, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
 - Artículos en revistas indexadas.
 - Trabajos con resumen en idioma inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Artículos de acceso pagado.
- Artículos sin declaración de conflicto de interés.
- Artículos de prensa digital o escrita.
- Reportes de caso, cartas al editor, tesis de grado.
- Artículos sin consideraciones bioéticas.

Se encontraron 442 trabajos, de los cuales se excluyeron 329.

2. Las personas con trastorno mental grave judicializado (TMGJ)

2. LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE JUDICIALIZADO (TMGJ)

2.1. Presencia de la enfermedad mental en reclusos

Debe entenderse como enfermo mental que se ha judicializado, a toda aquella persona que ha entrado en contacto con el sistema judicial y penal por haber cometido un delito, y que además está diagnosticado de un episodio agudo o crónico de trastorno mental grave. El Trastorno Mental Grave o Severo (TMG) según Goldman se aplica a “personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc. Asimismo, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando según los casos, la duración del internamiento¹.

De acuerdo con las estadísticas disponibles sobre salud mental en Instituciones Penitenciarias (IIPP), en la población que ingresa en prisión, la frecuencia de antecedentes de enfermedad mental en algún momento de la vida, es cinco veces más frecuente que en la población general^{2 3}. Por tanto, la carga de enfermedad mental entre los internos, es significativamente más alta que la que cabría esperar en un grupo etario similar en libertad. En concreto, hay un 39% de Trastornos Mentales Comu-

¹ Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.; Tanbe, C.A.: Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 1981; 32: 22.

² Arroyo-Cobo, JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo *Rev. Esp. Sanid. Penit.* 2011 feb.; 13(3): 100-11.

³ Marín-Basallote N.; Navarro-Repiso, C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* 2012 vol. 14 nº. 3 (en línea) Consultado en junio de 2017. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/311/691>

nes, un 50% con problemas de Adicción a Drogas y un 4% con Trastornos Mentales Graves, sin que estos porcentajes deban ser tomados de forma excluyente entre sí⁴.

En el último informe que realizó la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas, se advirtió que, alrededor del 12% de los reclusos, necesitaban tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra se prevé que vaya en aumento. En el documento se advierte que las necesidades que plantean estos enfermos en las instituciones penitenciarias, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe, la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. Según el documento, en el entorno europeo hay una falta de recursos adecuados para la atención de este tipo de enfermos mentales, un número insuficiente de camas psiquiátricas forenses, una falta de personal adecuadamente entrenado para el tratamiento de estos pacientes, escasos programas de detección temprana de estos enfermos, ausencia de seguimiento posterior después de la medida de internamiento y escasa dotación de presupuestos para estas tareas por parte de los gobiernos respectivos⁵. No existe, en ningún país europeo, un modelo uniforme de coordinación entre las administraciones con responsabilidad en el manejo de estos enfermos (justicia, interior, sanidad).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la propia psiquiatría comunitaria adolece ya de falta de recursos. Los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada⁶.

El precio que la sociedad debe pagar por dedicar insuficientes recursos a la atención psiquiátrica en las instituciones penitenciarias es un aumento de la reincidencia de comportamientos antisociales entre esos enfermos, con el consiguiente aumento del gasto de los servicios psiquiátrico-asistenciales en la comunidad y del gasto de los servicios jurídicos y penales, sin hablar del coste social provocado por el daño a las posibles víctimas directas, a familiares y a los propios enfermos.

⁴ Vicens, E.; Tort, V.; Dueñas, R.M.; Muro, Á.; Pérez-Arnau, F.; Arroyo, J.M., et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim. Behav. Ment. Health*. 2011 Dec.; 21(5): 321-32.

⁵ Salize, H.J.; Dreßing, H.; Kief, C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). European Commission. Central Institute of Mental Health J5 D-68159 Mannheim Germany October 31, 2007.

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
(Consulta agosto 2019)

⁶ Gómez Tato, I. Atención sociosanitaria y atención mental. *Rev. Adm. Sanit.* 2005; 3(2): 273-86.

2. Las personas con trastorno mental grave judicializado (TMGJ)

La Organización Mundial de la Salud (OMS)^{7 8 9}, la Organización de Naciones Unidas (ONU)¹⁰, la Unión Europea (UE)¹¹ y el Ministerio de Sanidad de nuestro país¹² han editado recomendaciones generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas de manera que se garanticen en prisión, las mismas oportunidades de tratamiento que tienen las personas con enfermedad mental fuera de las instituciones penitenciarias.

En 1784, John Howard, filántropo y reformador de las prisiones inglesas, publicó *“The State of the Prisons in England”* donde ya advertía, entre otras deficiencias, la abundancia de “lunáticos” en las prisiones inglesas¹³.

En los últimos años, en pleno siglo XXI, sigue habiendo muchas evidencias del creciente número de personas que son ingresadas en prisión presentando trastornos mentales, tanto en España como en los países de nuestro entorno^{14 15}.

En la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) se han realizado dos importantes estudios para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión; el primero de ellos, se hizo en 2006, a partir de 1.000 historias clínicas de internos, elegidas de forma aleatoria en todas las prisiones del Estado¹⁶. En 2009, se realizó otro estudio epidemiológico sobre una muestra de 707 internos utilizando entrevistadores específicamente entrenados y la misma metodología empleada por los estudios epidemiológicos más prestigiosos sobre patología mental en población general.

Los resultados han sido muy similares en ambos trabajos, en el último se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% de los internos, trastornos por abuso o dependencia a drogas en el 76.2%. En el momento de la entrevista un 41.2% de los internos presentó algún tipo de trastorno mental, en concreto Trastorno de Ansiedad el 23.3%, Abuso o Dependencia a drogas el 17.5%, Trastorno Afectivo,

⁷ Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki. [Internet]. Copenhagen: WHO; 2005 [citado 2007 marzo 18]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

⁸ Mental Health Promotion in Prisons: Report on a WHO Meeting; 1998 nov 18-21; The Hague, Netherlands. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1998.

⁹ Icr.org [Internet]. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; c2000-01 [actualizado 2007 feb. 16; citado 27mar2017]. Disponible en: www.icrc.org.

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

¹¹ Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. [Internet]. Strasbourg: Council of Europe Committee of Ministers. 1998 [citado 2011 feb 28]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=475927&Site=CM>.

¹² Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Centro de publicaciones; 2011 [citado 15 abr. 2019]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Salud-Mental2009_2013.pdf

¹³ Reed, J. Mental health care in prisons. Br. J. Psychiatry. 2003; 182: 287-8.

¹⁴ Rutherford, M.; Duggan, S. El Centro Sainsbury de Salud Mental. Los Servicios Forenses de Salud Mental en Inglaterra y el País de Gales. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2008; 10: 11-22.

¹⁵ Van't Hoff, G.; de Looft, J.; Latooi, H. Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda Rev. Esp. Sanid. Penit. 2009; 11: 41-47.

¹⁶ Dirección General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio Sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. Diciembre 2006. Documento Interno.

generalmente depresivo, el 14.9% y Trastorno Psicótico o Trastorno Mental Grave (TMG) el 4.2%.

Los investigadores orientan hacia una serie de factores causales de la sobrerepresentación de trastornos mentales en reclusos: la mayor vulnerabilidad a la acción de la justicia de los enfermos mentales, su deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales en la comunidad, un mayor riesgo de reincidencia, la falta de coordinación de las administraciones judicial, sanitaria y social, pero sobre todo, una gran parte de autores están de acuerdo en que la Reforma de la Psiquiatría Comunitaria que a lo largo de la última década cerró la mayoría de los recursos asilares, no supo dar una alternativa asistencial adecuada a un gran número de enfermos mentales crónicos, que han sufrido una transinstitucionalización, pasando de las instituciones psiquiátricas a las instituciones penitenciarias^{17 18}.

La población penitenciaria tiene otro factor de riesgo añadido para sufrir enfermedad mental, el derivado de la procedencia mayoritaria de grupos sociales en situación de exclusión, entre los que todas las enfermedades crónicas están más representadas.

2.2. Enfermo que delinque y delincuente que enferma

Una característica que proporciona un sello de identidad a estos enfermos judicializados, es que su situación es el resultado de un cruce entre la legalidad y la clínica. Así, y atendiendo a la legislación penal, hay dos grandes grupos diferenciados de situaciones legales que determinan el abordaje de las necesidades asistenciales de estas personas en el sistema legal y penitenciario: la de los que presentan una enfermedad mental y son declarados por los tribunales juzgadores, no responsables del delito cometido, y la de aquellos enfermos que han sido declarados culpables de algún comportamiento antijurídico y se encuentran cumpliendo una pena. Se diría que estamos ante dos figuras claramente diferenciadas, la de la persona con trastorno mental que delinque y la del delincuente que se encuentra enfermo.

En el primer caso, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria prevé la existencia de unos establecimientos penitenciarios especiales, a los que denomina Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, que en Europa son más conocidos como Hospitales Forenses. Estas instalaciones se conciben para cumplir el mandato legal que establece la rehabilitación y asistencia, junto con la retención y custodia de las personas que han delinquido, pero que han sido sometidas a medidas de seguridad por eximente completa o incompleta, al no haber sido consideradas por el tribunal, responsables de su conducta antijurídica.

Las personas con enfermedad mental, a quienes después de haber cometido un delito se les considera inimputables en mayor o menor grado, según la ley, deben permanecer tanto más retenidos y custodiados cuanto mayor sea su riesgo de peligrosidad criminal, y por tanto de reincidencia. En todo caso, el legislador obliga a las institu-

¹⁷ Priebe, S.; Badescoconyi, A.; Fioritii, A.; Hansson, H.; Kilian, R.; Torres-Gonzales, F.; Turner, T. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330:123-126

¹⁸ Priebe, S.; Frottier, P.; Gaddini, A.; Kilian, R.; Lauber, CL.; Martínez-Leal R, et al. Mental Health Care Institutions in nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*. 2008; 59: 570-573

2. Las personas con trastorno mental grave judicializado (TMGJ)

ciones responsables de la atención de estos enfermos a proporcionarles un tratamiento de su dolencia mental de igual calidad al que recibirían en un recurso asistencial en la comunidad, tanto durante su internamiento como en régimen ambulatorio, por un tiempo como mínimo, igual al que hubiera transcurrido para extinguir la condena que le hubiera correspondido de no haber sido declarado inimputable.

El Código Penal establece las condiciones para considerar a un enfermo mental responsable o no de un acto delictivo, que, de forma simplificada, se reducen a que, en su conducta criminal, exista entendimiento y voluntad inalterados (imputabilidad); si alguno de ellos hubiera estado mermado o anulado durante la realización de la conducta delictiva (inimputabilidad), no hay responsabilidad. Generalmente, en estos casos se trata de una persona que sufre un trastorno mental grave.

Algunos pueden preguntarse ante personas con un trastorno mental grave que son declarados no responsables de un delito si estamos ante un delincuente o ante un enfermo. ¿Debemos tratarlo como a un criminal o como a una víctima más de su enfermedad?

Este debate, en diferentes formas e intensidades, sigue vigente hoy en día. Probablemente, para intentar resolverlo, nos ayudaría conocer algo de historia.

En 1409, el padre Jofré, un sacerdote mercedario, fundó en Valencia el primer hospital para enfermos mentales en España y probablemente del mundo. Con ello pretendía evitar que los locos desamparados, al causar molestias o daños en bienes y personas de su entorno inmediato debido a su conducta desordenada, sufrieran abusos y agresiones por parte de determinados sectores de su comunidad. Se abrió ya entonces el dilema antes planteado, que, con diferente resultado según los tiempos y las formas, está todavía presente entre nosotros. Fray Juan Gilabert Jofré pensó, a principios del siglo XV, que los enajenados, aunque se comportasen como criminales, no deberían tener el mismo trato que los delincuentes cuerdos, es más, si eran adecuadamente atendidos de su enfermedad, se evitaría que pudieran causar daño a sí mismos o a otros.

En 1998, se publicó, en el Reino Unido, uno de los estudios más completos hasta entonces, sobre la morbilidad psiquiátrica en los internos de las prisiones de Inglaterra y Gales¹⁹. Este informe fue consecuencia del trabajo, dos años antes, del principal responsable de la Inspección de las prisiones, Lord Ramsbotham, que denunció un trato discriminatorio de la administración británica en el manejo que se daba a los enfermos por el hecho de estar internados en prisión²⁰. Este artículo, generó, en Inglaterra y Gales, una corriente de opinión entre diferentes grupos de presión, que provocó el inicio del proceso de transferencia de la asistencia sanitaria dependiente del Servicio de Prisiones británico, al sistema público de salud, el National Health Service, (NHS) un paso que culminó en abril de 2006²¹.

¹⁹ Singleton, N.; Meltzer, H.; Gatward, R.; Coid, J.; Deasy, D. Psychiatric morbidity among prisoners: summary report. London: Stationery Office; 1998.

²⁰ Her Majesty's Inspectorate of Prisons, patient or prisoner? A new strategy for health care in prisons. London: Home Office; 1996.

²¹ Joint Prison Service and National Health Service Executive, Working Group. The future organization of prison health care [en línea]. London: Home Secretary and the Secretary of State for Health; 1999 [consulta abril 2019]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006944

¿Cuáles son, en definitiva, las claves para resolver el debate recurrente sobre qué hacer con las personas con enfermedad mental que han cometido, o están en riesgo inminente de cometer un delito a causa de su enfermedad? ¿Qué hacer con un enfermo que ha cometido un delito del que no es responsable?

Antes de reflexionar más en profundidad sobre la respuesta, tengamos por ciertas algunas evidencias aceptadas universalmente, primero por la comunidad científica y cada vez con más fuerza, por el resto de la sociedad:

- 1.- La locura está unida a la privación de libertad; el encierro de los dementes es, históricamente, anterior al de los delincuentes; el enajenado es considerado, tradicionalmente, a lo largo de la historia, como potencialmente peligroso y en cualquier caso, improductivo y molesto.
- 2.- A principios del siglo XIX, se comienza a plantear un tratamiento diferenciado del “*loco-delincuente*” y a cuestionar la influencia de la primera condición en la génesis de la segunda.
- 3.- Desde entonces, el tratamiento penal y penitenciario de los enfermos mentales no ha dejado de ser objeto de serias discusiones al no haber unidad de criterio en aspectos como la definición de las alteraciones que puedan ser susceptibles de anular la culpabilidad, o la conveniencia o no, de proceder al internamiento del enfermo en centros de naturaleza penitenciaria.
- 4.- El Código Penal deja tantos espacios a la interpretación, que es preciso acudir, de forma permanente, a la jurisprudencia para poder resolver el conflicto entre libertad y seguridad que genera el mundo de la salud mental en el marco de la ejecución penal.
- 5.- En las últimas décadas, ha habido unanimidad en relación a que, al delincuente enfermo, debía dársele una atención médica especializada de igual calidad a la que recibiría si fuera tratado en la comunidad.
- 6.- Los enfermos que han sido declarados no culpables, pero se encuentran en una situación con alto potencial criminógeno, o alto riesgo de conducta violenta, en definitiva, de reincidencia delictiva, deberían permanecer en centros con las medidas de contención suficientes para evitar esa reincidencia y para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones. Esta debería ser la misión fundamental de las plazas de internamiento psiquiátrico dependientes de la institución penitenciaria.
- 7.- Los enfermos que han sido declarados no culpables, y tienen un bajo potencial criminógeno, o, mejor dicho, presentan bajo riesgo de conducta violenta, deberían rehabilitarse en centros con el mayor potencial de rehabilitación posible, lo que generalmente ocurre en centros de régimen ambulatorio, cercanos a su comunidad.
- 8.- Los enfermos que han sido declarados culpables, deben seguir un programa que asegure la continuidad asistencial y la equidad en cuanto a la disponibilidad de recursos, en los centros penitenciarios ordinarios de cumplimiento. Igualmente deben tener acceso a las unidades psiquiátricas especializadas en caso de descompensación aguda.

2. Las personas con trastorno mental grave judicializado (TMGJ)

9.- Las posibilidades de respuesta al tratamiento en los enfermos que se han judicializado siempre dependerán entre otros, de los siguientes factores²²:

- A) Los recursos disponibles en cada Institución, tanto en la comunidad como la administración penitenciaria.
- B) La situación psicosocial del enfermo, que depende de las experiencias previas a su judicialización.
- C) Los contactos con el mundo exterior que pueda propiciar la institución penitenciaria mientras el enfermo se encuentra en ella.
- D) Las expectativas de futuro que el enfermo tenga en la comunidad, una vez terminado el proceso judicial.

²² García Andrade, JA. La Patología Psiquiátrica en las Prisiones. En *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol. II. Delgado Bueno, S. Colex, Madrid, 1994, pp. 57-69,

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

3. EL FENÓMENO DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

3.1. Causas de la judicialización del enfermo mental

La literatura científica concluye que no hay una relación directa entre delito y enfermedad mental; solamente, en casos excepcionales y generalmente después de signos premonitorios claros, una persona con enfermedad mental presenta conductas agresivas repentinas, o comete delitos extremadamente violentos e irracionales, con resultado de muerte. Por lo tanto, podríamos preguntarnos ¿cuándo la enfermedad mental es un factor determinante para la judicialización?

Las causas de la abundancia de enfermos mentales graves judicializados, hay que buscarlas, de una parte, en el alto riesgo de trastorno mental asociado a la exclusión social, los marginales sociales son una población muy representada entre las personas recluidas. La exclusión social en la comunidad genera dificultad en el acceso a los recursos asistenciales, incluso a los servicios de atención primaria, puerta de entrada a los servicios de salud mental. Por ello, los problemas de salud mental en todos estos colectivos marginales, excluidos sociales, enfermos crónicos, o enfermos emergentes no detectados y no tratados, es más frecuente y su llegada al sistema judicial y penal, más fácil.

De otra parte, el fracaso en la asistencia a la salud mental comunitaria, desemboca en la cronificación de la enfermedad y su deriva progresiva hacia la inadaptación social, la marginación y el delito. Hay una tendencia a la desaparición de recursos de media y larga estancia que ha propiciado una desinstitucionalización de enfermos crónicos sin una alternativa eficaz de cuidados, sobre todo para los más vulnerables, sin recursos económicos o red familiar que los atienda. Se observa una vulnerabilidad penal del paciente mental, incapaz de defenderse adecuadamente durante un proceso judicial, que también contribuye a su sobrerepresentación en el sistema penitenciario. Finalmente, y de manera especialmente importante, la descoordinación entre administraciones con responsabilidad en el manejo de cierto perfil de enfermos, está detrás de su deriva delictiva. La administración sanitaria, la judicial, y la social, con frecuencia, se muestran incapaces de compartir una valiosa información necesaria para atender de manera integral y eficaz a cierto tipo de enfermos, cuando ya hay evidencias de la

deriva inadecuada del curso de su trastorno, lo que contribuye a que estos pacientes acaben por cometer delitos.

La mayoría de autores están de acuerdo en que, cuando se puede establecer una asociación entre actos delictivos de carácter violento y determinadas enfermedades mentales graves, si se comparan con los referidos a la población general, suelen ser actos especialmente llamativos por lo impredecibles e inexplicables. Sin embargo, esta información debe completarse con otro indicador, el llamado «riesgo atribuible poblacional», que permite medir mejor la contribución específica de un factor (en este caso un diagnóstico de enfermedad mental grave) a un determinado fenómeno social (en este caso la comisión de actos delictivos de carácter violento). La mayoría de las estimaciones consideran que, únicamente, un 5% de todos los delitos violentos, son cometidos por una persona con enfermedad mental grave²³.

Entre el 5% y el 10% del total de personas con trastorno mental, grave comete actos delictivos violentos. Un comportamiento que, además parece asociarse preferentemente a determinados tipos de síntomas y conductas, lo que podría permitir en muchos casos la identificación precoz del riesgo y una intervención sanitaria y social preventiva²⁴.

El fenómeno del comportamiento violento asociado a la enfermedad mental sufre así un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia estas personas, mucho más allá de lo que permite la evidencia disponible, cuya difusión parece servir de poco frente a las imágenes depositadas en el imaginario social a lo largo de los siglos.

En nuestro país, en diciembre de 2012, la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad publicó un documento de consenso que resumía las principales oportunidades de mejora y las recomendaciones que un amplio grupo de expertos había alcanzado, con el objetivo de avanzar en la atención a los problemas de salud mental de grupos de población marginal, como son las personas recluidas en los centros penitenciarios y las personas “sin techo”, para garantizar la “equivalencia de cuidados”. Igualmente se buscaba con esas recomendaciones garantizar la forma de acceso a tratamiento y cuidados en la red normalizada de Salud Mental de pacientes psiquiátricos sometidos a medidas de seguridad impuestas por los juzgados penales. Anteriormente, en 2010, la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, analizando la situación de los hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Interior, ya identificó la necesidad de elaborar una estrategia de concienciación dirigida a la Judicatura, Autoridades Sanitarias, Comunidades Autónomas, Asociaciones de familiares y sociedad en general, sobre la enfermedad mental judicializada²⁵.

²³ López Álvarez, M.; Laviana Cuetos, M.; Fernández, L.; López, A.; Rodríguez, A.M.; Aparicio, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83.

²⁴ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [consultado en junio 2017], disponible en: http://aepcp.net/arc/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf

²⁵ Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración penitenciaria, propuesta de Acción. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid. 2010. En línea (Consulta enero 2016). Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIION_HOSPITALES_PSIQUIATRICOS_PENITENCIARIOS.pdf.

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

Del conjunto de enfermos mentales que entran en el sistema penitenciario, aquellos que no son responsables del delito que cometieron, merecen una respuesta especialmente cuidadosa, porque la única obligación legal impuesta por el tribunal, como consecuencia jurídica del delito cometido, es que se sometan a un tratamiento adecuado a su problema de salud, entre otras importantes razones, para evitar su reincidencia. En muchos casos, puede ser muy difícil establecer el grado de contribución de la enfermedad mental en la conducta violenta o en la conducta delictiva en general. En base a la evidencia disponible²⁶ podemos concluir lo siguiente:

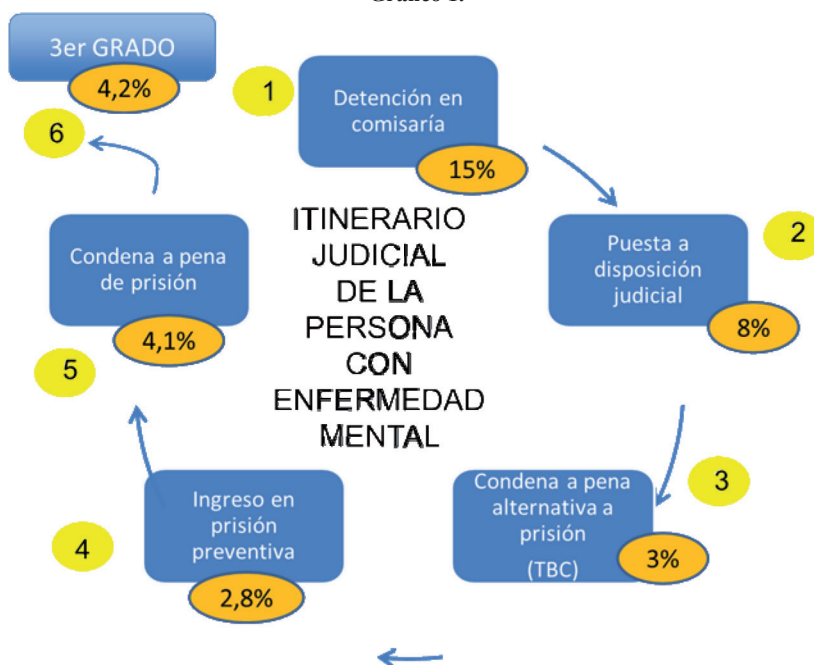
- Las personas con determinados tipos de trastornos mentales graves tienen más probabilidad de cometer determinados delitos violentos que el resto de los ciudadanos.
- El aumento de esta probabilidad se altera considerablemente por factores socio-demográficos.
- La personalidad antisocial y el abuso de sustancias tóxicas tienen mayor asociación con la infracción que los trastornos mentales graves.
- La combinación de trastornos psiquiátricos (particularmente cuando uno de ellos es un trastorno debido al consumo de sustancias tóxicas) puede tener más importancia que una sola categoría de enfermedad mental importante.
- La mayor parte de los delitos cometidos por individuos que padecen enfermedades mentales importantes son de naturaleza menor. La violencia, cuando tiene lugar, es muy probable que se dirija contra un miembro de la familia o personas de su entorno más cercano.
- El hecho de que la tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en las cárceles sea mucho mayor que en la población general, obliga a considerar:
 - a) La escasa eficiencia de la red social y de salud mental comunitaria en la atención a los pacientes, previa a la comisión de delitos.
 - b) Como reestructurar la red de salud mental comunitaria para que desempeñe las necesarias funciones preventivas, el tratamiento eficaz y la rehabilitación de pacientes con cargas penales o en riesgo de llevar a cabo de conductas delictivas.
 - c) Las particularidades de los procedimientos judiciales en cuanto a la apreciación de enfermedad mental durante los mismos.
 - d) De qué forma puede el sistema penitenciario responder a las necesidades de salud mental y tratamiento psiquiátrico que requieren y tienen derecho los reclusos.
 - e) Qué tipo de dispositivos pueden ser necesarios para atender de la mejor manera las necesidades de salud mental de esta población de pacientes que debe cumplir penas y qué lugar pueden tener las instituciones de doble tutela judicial y sanitaria.

²⁶ Monsalve, M.; Herrera, R. Atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2003.

3.2. Itinerario del enfermo mental judicializado

El itinerario judicial de la persona con enfermedad mental, en muchos casos comienza con su detención en comisaría y puesta a disposición judicial, generalmente, debido a un delito violento, en el ámbito familiar. Alrededor de un 15% de todos los detenidos, presentan un trastorno mental, con frecuencia asociado al consumo de tóxicos^{27 28}. De ellos, más de la mitad son reincidentes y acaban finalmente acusados de un delito con responsabilidad penal. Aproximadamente un 3% de estos enfermos, entran en la cárcel debido a la gravedad del delito cometido y finalmente resultan condenados. De estos últimos, alrededor del 1%, serán declarados no responsables del delito cometido y condenados a una medida alternativa a prisión con internamiento hospitalario. Hay un 3% de estos enfermos que cometieron delitos considerados menores, por tanto, que no implican el ingreso en la cárcel, y que son castigados con una pena alternativa a prisión, como son los Trabajos en Beneficio de la Comunidad (Gráfico 1).

Gráfico 1.



²⁷ Bather, P.; Fitzpatrick, R.; Rutherford, M. Briefing 36: Police and mental health. Sainsbury Centre for Mental Health, September 2008. (En línea) consulta en junio 2021 disponible en:

<https://www.centroformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=59bdc431-0b21-4725-a3d0-8f05cb9f405a>

²⁸ Santos-Urbaneja, F. FISCALÍA PROVINCIAL DE CÓRDOBA SECCIÓN DE PROTECCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Encuesta realizada entre profesionales que trabajan en el juzgado de guardia de Córdoba sobre personas con discapacidad intelectual o trastorno mental que son puestas a disposición judicial en calidad de detenidos. CÓRDOBA. En línea consultado en junio 2021 disponible en: http://www.faisem.es/index.php/es/programas/programas-especi-ficos-para-personas-con-riesgo-de-exclusio-n-social/item/download/256_e102d26a379de3fd874fa63cd2e29e1b

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

Por tanto, el porcentaje de mayor riesgo de judicializarse de las personas con enfermedad mental grave que resultan arrestadas en algún momento de la evolución de su enfermedad, suma alrededor de un 8% de todos los detenidos, que son los puestos a disposición judicial. Este es el grupo sobre el que cabe actuar de la forma más temprana posible de manera preventiva, detectando los perfiles antes descritos y derivando a este grupo de enfermos a los dispositivos asistenciales de los que se han desconectado, o a los que nunca llegaron. El diagnóstico y la estabilización de su cuadro, minimiza el riesgo de reincidencia delictiva; en otro caso, el deterioro progresivo de su conducta repercutirá en la convivencia con su entorno más cercano y las posibilidades de descompensación y de comportamientos violentos se multiplican.

Las grandes preguntas por responder son: ¿En cuántos de todos ellos se podía haber evitado que entraran en prisión, si su enfermedad hubiera sido correctamente detectada, diagnosticada y tratada? ¿Cuántos de los que están en un dispositivo penitenciario, privados de libertad, podrían estar en dispositivos cerrados de la comunidad, e incluso en un recurso con régimen ambulatorio, con mucho más potencial rehabilitador?

Se puede estimar que, alrededor de un 1 por 1.000 de personas con enfermedad mental grave, acabarán judicializándose. Esto equivale a una incidencia aproximada de 20 casos, por año y millón de habitantes. Hay alrededor de 1.800 internos con trastorno mental grave en prisión y alrededor de 600 enfermos en los hospitales psiquiátricos dependientes de IIPP, declarados no responsables del delito cometido. Los datos disponibles permiten considerar que, de éstos 600 internos inimputables, al menos un 30%, tienen un perfil que les permitiría beneficiarse de un recurso socio asistencial en su comunidad, por tanto, en régimen ambulatorio, con mayores garantías para la recuperación la salud, lo que contribuiría a disminuir el riesgo de reincidencia.

¿Cómo podemos apartar del camino de la judicialización a aquellos enfermos en riesgo de estarlo y dar más oportunidades de rehabilitación a los condenados no responsables del delito cometido?

Una de las principales tareas para disminuir el número de personas con enfermedad mental en riesgo de entrar en contacto con la justicia al cometer delitos, es su detección temprana y derivación correcta a los dispositivos asistenciales que reducirán el riesgo de comportamiento delictivo del paciente.

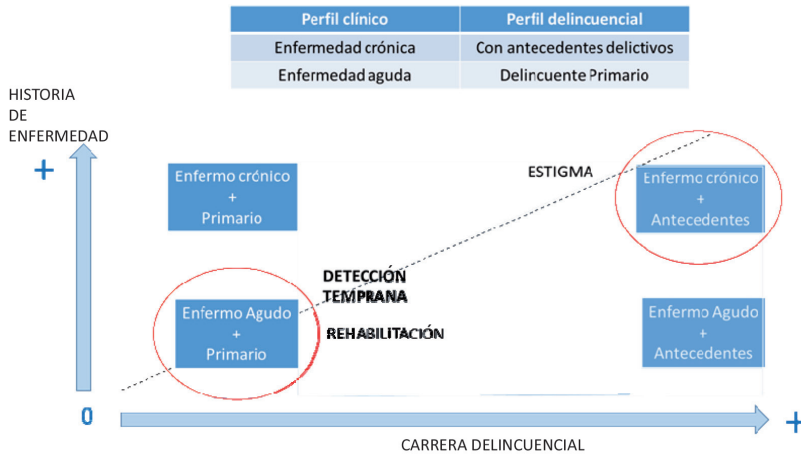
¿Por qué es importante la detección temprana?

La mayor parte de los autores consideran que existe una relación directamente proporcional entre la evolución de un trastorno mental grave sin tratamiento y la aparición en el enfermo de comportamientos inadaptados y delictivos cada vez más frecuentes y más graves.

Si tenemos en cuenta estos dos factores, el tiempo de evolución de la enfermedad mental no tratada y la cantidad y gravedad de los comportamientos antijurídicos, considerados en su conjunto como una “carrera delictiva” del enfermo, podemos representar su relación en un gráfico (Gráfico 2).

Gráfico 2.

Factores condicionantes de la rehabilitación psicosocial del enfermo mental judicializado



En el gráfico, al combinar estos factores, vemos cuatro situaciones típicas:

- La del enfermo crónico, que debuta con un comportamiento delictivo más o menos grave.
- La de la persona con amplios antecedentes delictivos que debuta con un proceso mental agudo.
- La del enfermo que no tiene antecedentes de enfermedad anterior y tampoco ha cometido antes ningún delito. Este es el perfil más favorable para conseguir una pronta rehabilitación, por tanto, es el perfil sobre el que hay que desplegar todo el esfuerzo de detección, para que se identifique de la forma más temprana posible.
- Junto al último caso, está el del enfermo crónico, que, además tiene antecedentes delictivos previos. La evidencia disponible señala que estamos ante el mismo perfil anterior, sólo que tiempo después de que se haya permitido la evolución en su carrera psico-socio-judicial, al no haberse conseguido su detección y derivación adecuada para sacarlo del circuito legal. En este caso, el estigma asociado a este perfil, va a ser una importante dificultad añadida para conseguir la adecuada rehabilitación del enfermo.

En conclusión, la detección temprana de los perfiles en riesgo es un elemento importante para el éxito en la rehabilitación de estos enfermos.

¿Qué puede entenderse por correcta derivación?

Cualquier actuación con un enfermo que ha cometido una conducta legalmente reprochable, implica al menos el consenso de jueces y terapeutas. La correcta derivación del enfermo debe satisfacer las exigencias profesionales de ambos, respetando los derechos del enfermo, los de la víctima, real o potencial y los de la sociedad en general, a través del cumplimiento de la ley.

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

La adecuada derivación debe conseguir:

- Mayor eficiencia de la administración de justicia mediante la reducción de la reincidencia.
- Mayor eficiencia de la administración sanitaria al reducir la tasa de enfermedad mental y ofrecer mejores oportunidades de rehabilitación.

Para lograr una adecuada derivación, es imprescindible disponer de la necesaria información que permita el consenso entre administraciones sanitaria y judicial de forma ágil, flexible, fiable y confidencial. Es importante la formación de los profesionales que están en contacto con estos enfermos, tanto sobre aspectos clínicos como legales, puesto que ambos son necesarios para que puedan contribuir a su detección y adecuado manejo.

Es preciso trabajar en equipos multidisciplinares para encontrar soluciones combinadas que respeten las condiciones de las dos administraciones, trabajar desde el modelo de análisis de casos de enfermos judicializados, proponiendo un programa terapéutico individualizado. El objetivo a conseguir es una visión integradora de cada caso, frente a la persistencia de visiones fragmentadas que impiden dar respuestas eficaces a los problemas detectados y propician duplicidades innecesarias, flujos indebidos en los circuitos de atención, falta de respuesta adecuada y sobrecostes en la atención.

¿Quién debería actuar en cada momento y lugar del circuito clínico-socio-legal de estos pacientes?

En la tabla I, se resumen los agentes sociales implicados en cada una de las fases del recorrido psico-socio-judicial (Tabla I, II, III).

Tabla 1.

COMUNIDAD	COMISARÍA	JUZGADOS	IIPP/CONDENA	IIPP/REINSERCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Salud Comunitarios. - Servicios sociales Comunitarios. - Servicios de Salud mental. - Tercer Sector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Policía. - Centros de Salud Comunitarios. - Servicios sociales Comunitarios. - Servicios de Salud mental. - Tercer Sector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tribunales. - Clínica Forense. - Policía. - Centros de Salud Comunitarios. - Servicios sociales Comunitarios y Penitenciarios. - Servicios de Salud mental. - Tercer Sector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Salud Penitenciarios. - Centros de Salud Comunitarios. - Servicios sociales Penitenciarios. - Servicios de Salud mental. - Tercer Sector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Salud Penitenciarios. - Servicios sociales Penitenciarios. - Centros de Salud Comunitarios. - Servicios sociales Comunitarios y Penitenciarios. - Servicios de Salud mental. - Tercer Sector.

¿Qué debería hacer cada uno de los agentes sociales en cada momento del recorrido?

En la tabla II se recogen de forma resumida los objetivos que se persiguen en cada fase de actuación.

Tabla 2.

COMUNIDAD	COMISARÍA	JUZGADOS	IIPP/FASE CONDENA	IIPP/FASE REINSERCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Contacto con grupos de mediación (ONG's). - Control por Atención primaria. - Control por Servicios sociales. - Promoción de la salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la salud mental e identificación temprana. - Alerta sobre auto o hetero agresividad. - Derivación adecuada a recursos asistenciales de agudos o de corta duración. - Informar a los Servicios de Salud mental de la comunidad mediante un acta de actuación. - Informe al Juzgado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación e identificación temprana de TMG. - Informe de imputabilidad. - Diagnóstico correcto. - Información de recursos asistenciales adecuados/ disponibles. - Informes periódicos de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación al ingreso e identificación temprana de TMG. - Diagnóstico correcto. - Derivación adecuada a recursos asistenciales durante el cumplimiento. - Informes periódicos de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación progresiva de la salida para derivación adecuada a recursos ambulatorios o de internamiento. - Informes periódicos de evolución. - Mediación durante el proceso de reinserción. - Enlace con los Servicios sociales y de Salud mental.

¿Qué resultados se esperan de estas actuaciones en cada momento?

En la tabla III se enumeran, diferenciados a través de las distintas etapas del recorrido judicial del enfermo.

Tabla 3.

COMUNIDAD	COMISARÍA	JUZGADOS	IIPP/FASE CONDENA	IIPP/FASE REINSERCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el estigma de los TMG. - Mejora del acceso a los servicios de salud mental de los TMG en riesgo de judicializarse. - La detección temprana de los TMG en riesgo de judicializarse. - Desarrollar estructuras de coordinación interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor formación de las fuerzas de seguridad ante el TMG judicializado. - Mejor información sobre salud mental en los TMG judicializados. - Detección temprana de los TMG en riesgo de judicializarse. - Derivación adecuada de los TMG judicializados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor información en la instrucción del caso. - Sentencias más justas. - Mejor flujo de información con el Sistema Público de Salud mental. - Mejor diagnóstico de los enfermos. - Mejor conocimiento de las necesidades terapéuticas. - Conocer un mapa de recursos disponibles. - Desarrollar estructuras de coordinación interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor continuidad de cuidados. - Mejor formación de los profesionales penitenciarios. - Disminuir el riesgo de recaídas e incidentes de seguridad. - Menor riesgo de reincidencias. - Desarrollar estructuras de coordinación interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la desatención del enfermo al terminar la condena. - Disminución de la reincidencia. - Mejor continuidad de cuidados. - Desarrollar estructuras de coordinación interinstitucional. - Fomentar la mediación del tercer sector.

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

Por tanto, de forma resumida y actuando cronológicamente, en cada momento de la carrera clínico-social-judicial del enfermo, diferentes administraciones tienen un papel determinante en la detección y adecuado tratamiento de estos pacientes.

Parece lógico que estas actuaciones deban hacerse de forma coordinada y, en consecuencia, es preciso que se desarrollen procedimientos y estructuras de colaboración entre los servicios de salud mental, los servicios sociales y los servicios judiciales. En la experiencia de diferentes autores, se recoge la ausencia de iniciativas para mejorar la coordinación interinstitucional; el trabajo de la administración es muchas veces más competitivo, para alcanzar recursos presupuestarios o beneficios políticos, que colaborativo, en beneficio del administrado. Los actores sociales que más cerca están del punto de vista y de los intereses del ciudadano, son del Tercer Sector, que por ello tiene un papel mediador muy importante entre las diferentes instituciones públicas. El conocimiento de los problemas y las necesidades del enfermo mental judicializado que tienen las entidades sociales que trabajan en la atención a los problemas de salud mental y el papel de representación pública de sus intereses que muchas de estas fundaciones y ONGs realizan, las convierten en los mejores mediadores interinstitucionales posibles. La interpelación por parte del Tercer Sector, hace que cualquier institución se replantee sus procedimientos y esté más dispuesta a compartir información y protocolos de actuación, sin que esto sea visto como una inadmisibles transferencia de competencias o cesión de recursos.

3.3. Perfil del enfermo mental judicializado

Las evidencias recogidas respecto al perfil de este tipo de personas enfermas, se pueden extraer de un conjunto de trabajos, realizados en diferentes ámbitos:

En una muestra aleatoria de 50 detenidos por la policía y reconocidos de urgencia en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza²⁹, se comprobó que el 84% habían cometido un delito de agresión, el 100% fueron diagnosticados de brote psicótico agudo. El 66% de estos enfermos ya había tenido otros ingresos hospitalarios previos debido a su proceso mental. En el 50% la causa del brote fue el abandono del tratamiento. El 44% fueron formalmente acusados y citados para juicio. El 22% no tenía apoyo socio familiar, ni domicilio. El 30% eran pacientes con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas asociado a su psicosis. Un 25% tenían causas penales pendientes de cumplimiento y un 30% se negaron a seguir tratamiento una vez dados de alta del hospital.

En una muestra aleatoria de 1.000 personas que estaban cumpliendo una pena no privativa de libertad consistente en Trabajos en Beneficio de la Comunidad, un 3% presentaron un diagnóstico de psicosis que no había sido previamente detectado por el

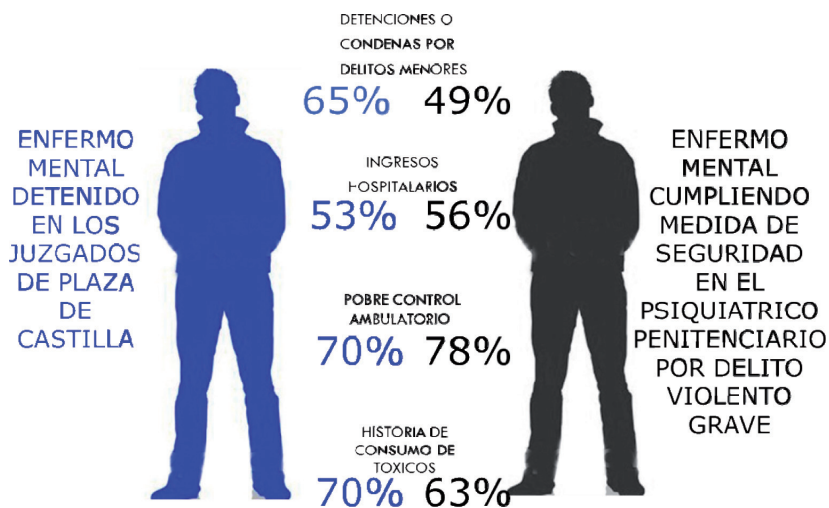
²⁹ Civeira Murillo, JM.; Dolado Pérez, A.; Querol Nasarre, P. Necesidades asistenciales de la población con alto riesgo de delincuencia en Aragón. Problemas y alternativas en el cumplimiento penitenciario: Aspectos judiciales, forenses y sanitarios. Informe especial 2010 El Justicia de Aragón. [Internet]. Zaragoza: El Justicia de Aragón; 2011 [citado junio 2019]. Disponible en: http://www.eljusticiadearagon.com/go.php?t=ejda_informes_especiales&id=52

juetz³⁰. En la prisión central de Dublín un 2,8% de los detenidos que entran en prisión son diagnosticados de una psicosis en el examen médico de ingreso³¹.

Si comparamos los perfiles clínicos y psicosociales, por un lado una muestra de 263 personas con enfermedad mental sometidas a una condena de medida de seguridad privativa de libertad en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, por otro, una muestra aleatoria de 72 personas que presentaban un trastorno mental y habían sido detenidas por la policía y puestas a disposición judicial en los Juzgados de Plaza de Castilla de Madrid, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en una serie de indicadores clínico-sociales (gráfico 3). Podríamos concluir que se trata del mismo perfil, evaluado en dos momentos distintos de su carrera clínico-social-judicial. Uno al comienzo de la judicialización de su enfermedad al ser detenidos de manera preventiva, en el contexto de un comportamiento irregular, y otro cuando ya ha culminado ese proceso, al haber cometido un delito de la entidad suficiente como para ser condenados a una medida de seguridad de internamiento hospitalario, lo que ocurre generalmente tras un delito grave, después de que un tribunal declarara al enfermo no responsable del mismo, es decir inimputable³².

Gráfico 3.

Perfil habitual del enfermo mental judicializado



Como síntesis para construir un perfil de necesidades asistenciales de estos enfermos, identificable y consistente, podríamos concluir lo siguiente:

³⁰ Programa Puente Extendido a penas y medidas alternativas. Documento Interno. Subdirección General de Penas y Medidas Alternativas. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de IIPP. 2017 documento interno. (En línea consulta mayo 2021). Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Programa_Puente_Extendido_126181012_web.pdf/4076a72a-88f8-4b49-badb-553d770325ba

³¹ McNerney, C.; Davoren, M.; Flynn, G.; Mullins, D.; Fitzpatrick, M.; Caddow, et al. Implementing a court diversion and liaison scheme in a remand prison by systematic screening of new receptions: a 6-year participatory action research study of 20,084 consecutive male remands. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 18. (En línea consulta mayo 2021) disponible en: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-7-18>

³² Actas de la II Reunión nacional de la Red de Enfermedad Mental y Judicialización (REMJU). (Documento Interno). Madrid 24 de noviembre de 2016.

3. El fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental

1. Son personas con una enfermedad mental que se encuentran en una situación social desfavorable.
2. No tienen un adecuado soporte familiar, o el que tienen, no está en condiciones de darles una ayuda efectiva, cuando no contribuye a agravar su situación.
3. Presentan combinaciones variables de diversos problemas, que requieren habitualmente la intervención de diferentes profesionales y redes específicas de atención.
4. Han recibido y/o reciben intervenciones insuficientes o inadecuadamente coordinadas, en muchas ocasiones por divergencias en la valoración de las necesidades y de las actuaciones posibles por parte de alguna de las redes de atención.

Si profundizamos en la información obtenida, podríamos establecer, al menos, cuatro tipos distintos de enfermo judicializado. Una tipología ésta, cuya descripción facilita la detección temprana y permite desarrollar recursos de intervención adecuados y diferenciados. De esta forma distinguimos:

- a) Personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, frecuentemente asociados al consumo de sustancias, que plantean a veces problemas diagnósticos en los servicios sociales y que tienen dificultades de atención coordinada y de acceso a recursos residenciales específicos. También, con frecuencia, personas con graves trastornos de personalidad que son indebidamente etiquetados como “psicodeficientes”.
- b) Personas con Trastornos Mentales Graves, a los que se asocia alguna dificultad familiar y también el consumo de sustancias. Presentan dificultades de manejo combinado (salud mental, servicios sociales y atención a drogodependencias) y de acceso a recursos de mayor nivel de contención, a veces, por discrepancias entre las distintas redes, a veces, por dificultades objetivas en casos especialmente complejos.
- c) Personas con Trastornos Cerebrales Orgánicos y los correspondientes trastornos cognitivos, para las que hay escasez de plazas residenciales específicas.
- d) Casos de familias multiproblemáticas, en las que es difícil intervenir aisladamente sobre alguno de sus componentes, con independencia del problema concreto que cada uno de ellos plantee.

En relación con el volumen que suponen estos enfermos dentro del conjunto de personas con enfermedad mental grave en la comunidad, todavía no hay estudios suficientes para que se pueda precisar qué porcentaje de personas con enfermedad mental, se podrían beneficiar de una actitud proactiva de las administraciones para su detección temprana y derivación a los circuitos asistenciales, evitando su entrada en el circuito judicial y con ello su caída en una espiral de reincidencia delictiva. Se pueden establecer algunas estimaciones, como se ha dicho en otra parte de este trabajo, los datos disponibles indican que un 15% de las intervenciones policiales están relacionadas con personas que presentan algún tipo de enfermedad mental³³.

³³ Bather, P.; Fitzpatrick, R.; Rutherford, M. Briefing 36: Police and mental health. Sainsbury Centre for Mental Health, September 2008 (En línea) consulta en mayo 2021 disponible en: https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/SainsburyCentre_briefing36_police_final_small.pdf

4. Legislación relativa a la enfermedad mental en España

4. LEGISLACIÓN RELATIVA A LA ENFERMEDAD MENTAL EN ESPAÑA

Como ya se ha dicho, este texto pretende actualizar y recopilar los preceptos legales relacionados con la enfermedad mental y el delito, pero sin entrar a fondo en discusiones propias de obras especializadas dirigidas a juristas. Haremos un recorrido por la legislación básica para comprender mejor por qué en nuestro país, una persona con un problema grave de salud mental que comete un delito, tiene muchas más posibilidades de ser internado en una institución penitenciaria que en un dispositivo socio asistencial dependiente de los servicios de salud mental de la comunidad, aunque reúna todos los requisitos legales para esto último. Porque una persona con una enfermedad mental descompensada, al ser detenido por un comportamiento antijurídico, tiene muchas más posibilidades de ser considerado como un delincuente, que como un enfermo.

Uno de los elementos fundamentales para la asistencia de este tipo de enfermos, es que su itinerario terapéutico está directamente vinculado con las decisiones de los tribunales de los que depende y, por tanto, de la legislación que se puede aplicar a su situación. Es conveniente por ello tener una idea de la legislación relativa a la enfermedad mental, siempre en la creencia de que el conocimiento de la realidad contribuye a la reflexión y en su caso a la puesta en marcha de determinadas oportunidades de mejora.

En el ámbito jurisdiccional, la intervención judicial civil se limita a la garantía de los derechos fundamentales de las personas sujetas a tratamiento, ya sea en régimen de internamiento o de tratamiento ambulatorio. Cuando por razón de trastorno psíquico, una persona no esté en condiciones de consentir el internamiento, es precisa autorización previa, o aprobación judicial *ex post*, en caso de urgencia, tras oír al sujeto y analizar el dictamen facultativo (artículo 763 LEC). Se trata de autorización y no de orden, por lo que las altas clínicas quedarán sólo sometidas al criterio médico. Para la correcta aplicación del internamiento civil es muy aconsejable que existan protocolos convenidos entre los agentes intervinientes: administración sanitaria, juzgados y policía³⁴.

³⁴ Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación Salud Mental España, red2red consultores. 2015, 79-80.

No hay regulación expresa del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), existiendo cierta polémica en el ámbito judicial y sanitario sobre su viabilidad. En algunas localidades, se autorizan judicialmente, entendiendo los jueces, conforme al principio clásico, que “quien puede lo más, es decir autorizar un internamiento involuntario en un hospital, puede lo menos, esto es, autorizar el tratamiento ambulatorio”. Se solicita del facultativo que informe, tanto al inicio como de forma periódica sobre la necesidad y conveniencia del TAI, plan de aplicación, mecanismo de control y supervisión, y duración.

No existen tampoco, en nuestro país, pautas homogéneas dirigidas a conseguir la mayor eficacia en la atención a las personas en grave situación de desprotección social, con limitación de su capacidad como consecuencia de la concurrencia de factores de exclusión social y graves discapacidades derivadas de distintas patologías psíquicas. Personas en consecuencia que requieren asistencia sanitaria y social, así como intervenciones desde el ámbito civil de la Administración de Justicia.

En términos generales, se pretende evitar la excesiva judicialización de muchas situaciones en las que, con una intervención preventiva sanitaria y social, podrían encauzarse sin tener que recurrir a la incapacitación judicial. Para que sea eficaz el procedimiento de incapacitación judicial, no sólo se requiere que concurra enfermedad o discapacidad grave que impida a una persona gobernarse, sino que también, es imprescindible, que esta figura legal suponga una solución real para la persona. Otras veces, la judicialización de estos casos será la única oportunidad de que este enfermo reciba la atención clínica y social que precisa y a la que tiene derecho como ciudadano. La denuncia ante la fiscalía de la inacción administrativa y por tanto, de la existencia de vulneración de derecho, dará pie al juzgado a exigir a los actores públicos que corresponda que asuman sus responsabilidades.

En todo caso, la intervención de la Fiscalía y Juzgados, en casos de personas con trastornos mentales graves, sólo debe reclamarse cuando sea imprescindible, atendiendo a los objetivos, que, en favor de la persona con discapacidad, se pretenden conseguir, y cuando las intervenciones sanitarias y sociales hayan resultado insuficientes.

Aquellos enfermos en los que las intervenciones de la administración socio-sanitaria no resultan efectivas para controlar su enfermedad, y se evidencia que padecen trastornos o discapacidades persistentes, que les impiden gobernarse por sí mismos, tanto para recuperar su salud, como para evitar posibles responsabilidades legales de sus actos, necesitan de una intervención judicial para facilitar su acceso a una asistencia a la que tienen derecho.

Los recursos disponibles para estos enfermos están en la actualidad limitados desde el punto jurídico, como ya se ha dicho, al ingreso involuntario y por un tiempo tasado, en una unidad de hospitalización psiquiátrica, hasta la “estabilización del cuadro clínico”. Una actuación que resulta insuficiente en la gran mayoría de casos. En parte, porque coloca a un enfermo con un proceso crónico en una unidad de hospitalización para enfermos agudos, con el consiguiente trastorno para el funcionamiento del dispositivo. La consecuencia más probable será, el alta clínica acelerada del enfermo, lo que lo coloca en la casilla de salida de su itinerario clínico-socio-judicial.

Las dificultades para intervenir son fuente de desasosiego para el entorno del enfermo y generan preocupación en los distintos sectores profesionales intervinientes. No es raro que algunos familiares, mal aconsejados, se planteen acudir a la vía penal, denunciando al enfermo por conductas violentas en el ámbito familiar, buscando una solución más consistente y prolongada en el tiempo, que suponga un alivio a una situación de convivencia insostenible. Esta actuación va a provocar el ingreso en prisión del enfermo, la casilla de llegada al circuito de la judicialización.

La prioridad en la adopción de medidas de internamiento se impone por la necesidad de estabilizar eficazmente la evolución de la enfermedad mental y reducir sus síntomas, ante el desamparo en el que se encuentran estos enfermos, sin contar con una asistencia médica y social adecuada y eficaz, que aporte una mejora en la convivencia con el enfermo. Si el internamiento fuera en una entidad cercana, se favorecería el tratamiento y el proceso de recuperación en su propio entorno.

Parece necesario establecer una coordinación de las diferentes administraciones implicadas en los procedimientos referidos: detención, juicio, diagnóstico, cumplimiento de sentencia, y tratamiento especializado, ya que es precisa la concurrencia de actuaciones judiciales, sociales y sanitarias.

Hay publicados diferentes documentos, en forma de guía de uso, que intentan recoger una serie de pautas para una mayor racionalización de los dispositivos socio-sanitarios intervinientes, así como de los órganos judiciales implicados, con el objeto de que redunde en beneficio de las personas afectadas^{35 36}.

Desde el punto de vista penal de la práctica jurídica, lo primero que resulta llamativo es que, habida cuenta del alto porcentaje de personas con enfermedad mental ingresadas en prisión, no parece aceptable que en un sistema garantista como el nuestro, no se hayan apreciado o detectado de forma temprana alteraciones mentales, por parte de los operadores policiales y jurídicos intervinientes (cuerpos y fuerzas de seguridad, abogados, fiscales, médicos forenses y jueces). Estas alteraciones posiblemente en parte, han propiciado o favorecido la intervención del acusado en la comisión de un hecho delictivo.

En el Código Penal español, tras la reforma de 1995, se estipula que, cuando una persona haya cometido un delito penal 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 caso, será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle de haberle considerado responsable del delito. Un importante número de enfermos psiquiátricos graves que el sistema penitenciario, tiene este origen judicial y sobre ellos influyen una serie de implicaciones médico-legales que condicionan su diagnóstico, evolución y rehabilitación.

³⁵ Defensor del Pueblo Andaluz. Propuesta de coordinación en los procesos de incapacitación relativos a personas con discapacidades psíquicas. Sevilla. Octubre 2013. (consultado en abril 2017) disponible en: http://www.defensordel-puebloandaluz.es/sites/default/files/guia_incapacitacion/index.html

³⁶ MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DEL MINISTERIO FISCAL EN LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Fundación Aequitas. Madrid 2011 (consultado en mayo 2019) disponible en: http://aequitas.notariado.org/liferay/c/document_library/get_file?uuid=feff30a0-8ee8-48e9-bd6c-36117a943506&groupId=10228

El tratamiento de los trastornos mentales, como el del resto de los procesos asistenciales en la Institución Penitenciaria, debe poder garantizar su equivalencia y continuidad con los que se establezcan en la comunidad para la misma enfermedad^{37 38}.

La sentencia en el ámbito penal para estos casos valora, en primer lugar, la imputabilidad, imponiendo pena, caso de ser el sujeto capaz, o medida de seguridad, en el otro caso. Hay también una solución mixta del código para los supuestos de semiimputabilidad: pena atenuada y, de ser necesario, medida.

El objetivo de las medidas establecidas por el legislador es prevenir y evitar que una persona con Trastorno Mental Grave (TMG) ingrese en prisión en los casos en los que la presencia de una discapacidad psíquica ha determinado, o condicionado, su participación en la comisión de un hecho delictivo, y en último extremo, que aquella circunstancia no sea adecuadamente valorada en el subsiguiente proceso penal. Para la imposición de la medida se exige constatar la peligrosidad del sujeto y la necesidad de adoptar determinadas disposiciones para minimizar el riesgo de reincidencia. Sabemos que hay medidas privativas de libertad y no privativas de libertad. Pues bien, las primeras solo se impondrán cuando no haya otra posibilidad de igual eficacia menos gravosa para anular el riesgo.

Como establece el Artículo 6.2 del CP, la medida “*no puede exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor*”, peligrosidad que es el fundamento de la medida y se exterioriza “*en la comisión de un hecho previsto como delito*”. El CP no da al juez ningún criterio adicional de valoración, fiándolo casi al intuicionismo³⁹.

Podemos hablar de tres grandes momentos judiciales, en relación con el itinerario que estos enfermos recorren durante su judicialización:

- 1.- Detención y etapa previa a la sentencia.
- 2.- Cumplimiento de la sentencia.
- 3.- Etapa final del cumplimiento e incorporación social.

Utilizaremos este orden con fines didácticos para analizar la legislación relativa a salud mental y su judicialización.

4.1. Detención y etapa previa a la sentencia

Ante la comisión de unos hechos aparentemente delictivos de los que aún no puede determinarse si son o no constitutivos de un delito, pueden existir distintas formas de iniciar el proceso de judicialización.

³⁷ Penal reform international: making standards work: an international handbook on good prison practice. The Hague: United Nations; 1995.

³⁸ Declaration. Prison health as part of public health [Internet]. Moscow: WHO; 2003 [citado 2011 abr. 10]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf

³⁹ Santos Urbaneja, F. “El fiscal y las medidas de seguridad”, curso formación continua de Fiscales, pag. 8, CEJ, se pregunta: cuando se trate de la adopción de medidas de seguridad de carácter sanitario, ¿no sería mejor que desde el comienzo de la causa se diese intervención y se contase con los profesionales que, a la postre van a tener de la responsabilidad de ejecutar las medidas para establezcan las más adecuadas y señalen los recursos donde puedan llevarse a cabo?

Normalmente, se comunica el hecho delictivo al órgano judicial, por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad, a través de una denuncia. Igualmente, cualquier persona que haya conocido unos hechos presuntamente delictivos, los puede poner en conocimiento del Juzgado o Ministerio Fiscal.

En el contexto del presunto delincuente con TMG, reviste especial importancia el atestado policial, por cuanto este constituye la forma básica de como la noticia del hecho se traslada al órgano judicial; constituye la primera constancia documental de lo ocurrido y la determinación de las personas y datos más relevantes sobre el mismo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr) establece que los atestados y manifestaciones de la policía judicial, se considerarán denuncias a los efectos legales.

No obstante, en ocasiones, la labor social de los cuerpos de policía o cuerpos de seguridad no obedece solamente a la represión del delito, sino que responde a otra finalidad: la de ayuda y auxilio a los ciudadanos⁴⁰. La legislación establece que, en sus relaciones con la comunidad, estos cuerpos deberán procurar auxiliar y proteger a los ciudadanos siempre que las circunstancias lo aconsejen y fueren requeridas para ello. En todas sus actuaciones, proporcionarán información cumplida y tan amplia como sea posible, sobre las causas y finalidades de las mismas. Es esta una función sustancial de auxilio y protección de los ciudadanos que debe ser tenida en cuenta especialmente en relación con las personas que estén en situaciones de mayor vulnerabilidad, como les ocurre a las personas con TMG, ya que sin duda existirán situaciones en las que enfermos con este trastorno se encuentren implicados en hechos aparentemente delictivos.

Por esta razón, las fuerzas de seguridad deberían estar debidamente capacitadas para diferenciar e intervenir en una situación en la que lo único que se demande sea una actuación protectora o de auxilio, y también para diferenciar las situaciones donde ante un hecho delictivo, quepa la posibilidad de que estén involucrados este tipo de enfermos. Para ello, hay que garantizar que el personal perteneciente a las Fuerzas y cuerpos de seguridad del estado disponga de los conocimientos y habilidades precisas para detectar la presencia de una persona con TMG, para proceder de un modo adecuado que garantice que no se vulneren los derechos de la persona enferma y ésta pueda contar, desde este primer acercamiento a la administración de justicia, con los apoyos precisos.

Por tanto, en este primer episodio de judicialización de la enfermedad mental, la formación de los agentes es imprescindible; si no identifican al enfermo, no reflejarán esta circunstancia en el acta o atestado, lo cual tampoco ayudará en un eventual procedimiento posterior en que el conocimiento de esta circunstancia hubiera sido relevante. Un adecuado protocolo de actuación para estos casos debe incluir inexcusablemente la coordinación y el consenso de la administración judicial con la administración socio sanitaria, que es la que tiene la responsabilidad del adecuado diagnóstico y tratamiento de estos casos.

En otro orden de cosas, la Ley de Enjuiciamiento Criminal también establece que, cualquier persona detenida, deberá ser informada, de modo que le sea comprensible y de forma inmediata, de los hechos que se le imputan y las razones motivadoras de su

⁴⁰ Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo. Funciones de las Fuerzas de Seguridad. BOE-A-1986-6859.

privación de libertad, de lo contrario, la detención podría ser ilegal. En el caso de las personas con enfermedad mental, el riesgo de que este precepto se pueda incumplir es más alto.

El Juzgado de Instrucción al que corresponda el conocimiento de los hechos, debe esclarecer o determinar si existen indicios racionales de criminalidad, lo que, en caso afirmativo, dará lugar al procesamiento del inculcado. Para ello, una de las primeras diligencias ante el juez será prestar declaración, debiéndose garantizar en la misma que no existe una indefensión motivada por razón de discapacidad mental.

En definitiva, se debe garantizar el derecho al acceso a la información y, por tanto, que las declaraciones sean prestadas desde el pleno ejercicio de ese derecho, de manera que el inculcado pueda conocer y, sobre todo, comprender, todo el contenido de lo que se le solicita, de lo que se le imputa, de lo que se le reclama en el procedimiento y también, que pueda hacerse comprensible para el tribunal o el instructor, lo que él conoce o manifiesta.

Si estas garantías no se respetan, se pueden generar lesiones de derechos, y por tanto nulidad de actuaciones procesales.

Estas primeras diligencias, especialmente la detención, y privación de libertad, constituyen el eje sustancial del procedimiento penal, donde están en juego, así lo viene reiterando el Tribunal Constitucional, derechos fundamentales básicos. El derecho a la información en toda la Unión Europea es aplicable a todo el proceso judicial desde que se pone en conocimiento de la persona que es sospechosa, se le acusa de haber cometido una infracción penal, o cuando proceda, se le impone una condena o se resuelve cualquier recurso⁴¹.

En este momento del procedimiento de instrucción, el juez podría adoptar medidas cautelares, es decir un conjunto de actuaciones dirigidas al aseguramiento del juicio y a la efectividad de la sentencia que se dicte. En los casos de enfermos implicados, una diligencia inicial de investigación podría ser que, ante la sospecha o referencia de una situación de TMG por parte de alguna de las personas intervinientes en los hechos que se investigan, tanto de posibles responsables como de víctimas o testigos de ellos, se estableciera una comunicación rápida y fiable, documentada por la vía que se considerara más eficiente, con los servicios sociosanitarios que corresponda, de modo que se pudiera acceder a datos administrativos que acreditaran un TMG. El diagnóstico y sus consecuencias no tienen por qué coincidir con la valoración de la capacidad cognitiva y volitiva en relación con los hechos delictivos que se están investigando, es decir, con su imputabilidad, pero parece claro que se trata de una información determinante para todo el procedimiento judicial.

Si la medida cautelar que se piensa adoptar consistiera en prisión provisional, es preciso señalar que no existe ninguna previsión normativa que contemple que, cuando el detenido presente necesidades especiales o, en definitiva, un TMG, pudiese determinarse que el internamiento cautelar fuera realizado en un establecimiento especial, penitenciario o no, adecuado a las necesidades asistenciales de la persona. El juez instructor carece, pues, de una regulación legal específica para poder adoptar una deci-

⁴¹ DIRECTIVA 2012/13/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 22 de mayo de 2012 relativa al derecho a la información en los procesos penales. Diario Oficial de la Unión Europea L 142/1.

sión que en justicia debería garantizar la correcta atención del enfermo. Esta atención queda a expensas del personal sanitario penitenciario y de los recursos asistenciales de la prisión.

En este punto, cabe decir que vistas determinadas experiencias, debería contemplarse una posibilidad similar a la que contiene el art. 508.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, para las personas que padecen una drogodependencia, que permite su internamiento cautelar en centros de desintoxicación, cuando se encuentran sometidos a un tratamiento, y su ingreso en prisión con carácter provisional, supone una interrupción de ese tratamiento. Solamente mediante una reforma legal, se podría regular este supuesto en la Ley procesal penal, de tal forma que, cuando se decreta la prisión provisional, en el caso de una persona con TMG, ésta no debería ingresar en un centro penitenciario ordinario. Si para el cumplimiento de una condena, cabe la previsión legal de optar por recursos adecuados, penitenciarios o no, también debiera existir este cauce cuando, en este estadio inicial del procedimiento judicial, se haya de decidir la aplicación de una prisión provisional o preventiva para una la persona con trastorno mental grave.

Realmente debemos distinguir entre el concepto de **inimputabilidad**, la cual podemos definir como la capacidad necesaria para delinquir (conocimiento y voluntad) en el momento de la comisión del delito; si el trastorno mental concurre en el momento de la comisión, se abre juicio oral a los efectos de apreciar la posible inimputabilidad del sujeto, de dictar sentencia absolutoria, depurara la responsabilidad civil e imponer, en su caso, una medida de seguridad. Cosa distinta es la **capacidad procesal**, entendida como la posibilidad de participar, conscientemente, en el proceso. Si el trastorno mental es posterior al delito, anularía esta capacidad y se suspendería el procesamiento, archivándose la causa por sobreseimiento provisional o definitivo (artículo 383 y 637.3 LECrim).

Por tanto, nuestra legislación ofrece soluciones legales contradictoras. Por un lado, la falta de capacidad procesal por causa de un trastorno mental conduce:

- o a la suspensión del procedimiento, si el trastorno es posterior a los hechos.
- O a la ordenación de que se formalice acusación, se abra juicio oral y se dicte sentencia contra el incapaz procesal (si el trastorno se da durante la comisión del delito y persiste); entendemos que esto es contrario a los derechos fundamentales regulados constitucionalmente en el artículo 24 CE, derecho a la tutela judicial efectiva y a un proceso judicial justo.

Normalmente, el sujeto inimputable va a ser un sujeto con incapacidad procesal. El caso contrario, es difícil de imaginar.

Es, por tanto, necesario que las fases del procedimiento penal se adecuen a las necesidades de la persona incapaz.

- Fase de instrucción: deben adecuarse las medidas cautelares existentes a los estados de falta de capacidad, así como garantizarse la diligencia de investigación pericial sobre el estado mental del sujeto.
- Fase de enjuiciamiento: la formalización de la acusación y el sometimiento a juicio oral del sujeto, produce una quiebra respecto de derechos fundamentales

(ejercer la defensa, proceso con todas las garantías, derecho a la última palabra, principio de contradicción e igualdad de armas...)

- Fase de ejecución: será analizada en el siguiente apartado y se centra en la posible aplicación de una medida de seguridad.

Entendemos que la clave del proceso penal es la **enfermedad**: estabilizar, curar o amortiguar los síntomas y efectos de la misma desde la intervención médica, debe ser el primer objetivo.

Constatada la incapacidad procesal penal del sujeto pasivo por razón de su enfermedad mental, lo importante no es si se impone una medida de seguridad o no, sino qué tipo de tratamiento necesita esa persona (internamiento civil, tratamiento ambulatorio...) y, una vez recuperada la capacidad procesal, decidir si procede reabrir o no el proceso:

- para depurar la responsabilidad penal en los casos de un trastorno mental sobrevenido.
- para constatar la comisión del hecho y la exención de la responsabilidad penal si el trastorno es coetáneo con el delito, valorando, ahora sí, la aplicación de una medida de seguridad.

Por tanto, la propuesta de este trabajo en este sentido, sería modernizar la “falta de capacidad procesal por causa de trastorno mental” en la que no pese tanto la prevención de la peligrosidad del sujeto, sino el tratamiento de su enfermedad y que se cumplan las garantías de la contradicción, igualdad y defensa como principios esenciales del proceso penal.

4.2. Cumplimiento de la sentencia

A) Medida de seguridad de internamiento

Al ser declarado inimputable, la persona es absuelta en sentencia, si bien se le puede imponer una medida de seguridad privativa o no de libertad. En concreto, si se le impone la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico adecuado y que, durante un tiempo limitado, reciba terapia según recoge el CP, esta situación viene determinada por dos parámetros, la peligrosidad y el tiempo de condena que le podría haber sido aplicada en caso de no haber sido declarado no culpable de los hechos juzgados. La elección del centro de internamiento, es una competencia reservada por ley al juez de lo penal. La elección de un recurso civil o penitenciario debe venir motivada, en principio, por el grado de peligrosidad del sujeto y la mayor o menor necesidad de contención, así como por la duración en el tiempo de la medida.

El art. 96 CP, al enumerar las medidas de seguridad privativas de libertad, contempla el internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabitación y en centro educativo especial, sin mayor especificación sobre los requisitos que estos establecimientos deben reunir. El art. 101 CP, por su parte, no concreta más en relación con el internamiento psiquiátrico, al establecer que tendrá lugar “*en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie*”. Tampoco lo hace el art. 103 CP respecto los centros de educación especial. Habrá que entender que podrán

ser establecimientos públicos o privados acreditados u homologados, como expresamente se reconoce en relación con la medida de internamiento para deshabitación en el artículo 102 del citado texto legal.

Aunque se utilice, rutinariamente, el concepto jurídico de “peligrosidad” que clínicamente podría traducirse como el elevado riesgo de conducta violenta, y exista necesidad de tratamiento del enfermo, incluso en régimen de internamiento, al llegar al límite de tiempo impuesto por la sentencia, se termina la pena impuesta por el tribunal y, por tanto, cesa la obligación de la administración penitenciaria de responsabilizarse del tratamiento del enfermo.

El Reglamento Penitenciario (RP) del 1996, consciente de la necesidad de colaboración institucional, estableció en el artículo 185.2: *“la Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, bien sea en dispositivos de internamiento, o bien para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita, puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias y ambulatorias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental”*.

De igual forma, la Disposición Adicional Primera en la reforma de la LO 15/03, refuerza la intervención del Ministerio Fiscal con la obligación de comunicarle a la autoridad judicial la proximidad de la puesta en libertad del sujeto a los efectos pertinentes (artículo 187.2 y 219.4 del reglamento penitenciario).

El Código Penal distingue los supuestos de ejecución de medida de seguridad de internamiento, en los que la obligación corresponde al tribunal sentenciador (art. 101 y 104 CP), de aquellos en los que se ha aplicado el art. 60 CP, en los que corresponde al juez de vigilancia penitenciaria el deber de comunicación al Ministerio Público.

Los Sres. Fiscales –ordena la Circular 2/04– que reciban la comunicación prevista en el último párrafo del art. 60.1 CP, la remitirán de forma inmediata a la Sección de incapacidades de la Fiscalía, o en su defecto al Fiscal encargado del despacho de estos asuntos, al objeto de que se proceda a instar, en su caso, la declaración de incapacidad y las medidas de protección que se estimen pertinentes. Los propios fiscales de vigilancia, en la reunión anual de 2015, plantearon la necesidad de que la comunicación de IPPP a la Fiscalía se produzca al menos tres meses antes del cumplimiento de la pena o medida, existiendo ya en algunas fiscalías protocolos que establecen actuaciones coordinadas con las instituciones implicadas.

Hay que tener en cuenta el problema adicional que encontrarán los juzgados sentenciadores si deciden que, por la menor peligrosidad del sujeto, debe cumplir la medida en un centro de la red sociosanitaria comunitaria. En opinión de Gómez-Escolar⁴², en el R.D. 840/11, la Administración Penitenciaria trató de desvincularse

⁴² Gómez-Escolar Mazuela, P. Fiscal de Vigilancia de Alicante. ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y JUDICIALIZACIÓN: LA COORDINACIÓN ENTRE JUZGADOS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL. Seminario de drogodependencias y red de enfermos mentales judicializados en Instituciones Penitenciarias, II Reunión de la Red de Enfermedad Mental y Judicialización (REMJU), Madrid, 24.11.2016.

de la intervención en el control de las medidas, tanto privativas como no privativas de libertad, que no se ejecuten en medio penitenciario. Así, si el R.D 515/05 contemplaba la formulación por los servicios sociales penitenciarios del plan de intervención y seguimiento de aquellas medidas; el R.D. 840/11, de 17 de junio, señala la intervención de los Servicios de Gestión de penas y medidas alternativas a los supuestos que se cumplan en establecimiento o unidad psiquiátrica, penitenciaria (arts. 20 a 22), olvidando la regulación de los de deshabitación y especiales, pese a las críticas del CGPJ en ese sentido al proyecto inicial de reforma de la norma reglamentaria, lo que no ha solventado tampoco la Instrucción 19/11 de IIPP⁴³. La consecuencia de la nueva regulación es que los tribunales sentenciadores estarán solos a la hora de determinar el recurso de cumplimiento, caso de no ser penitenciario, lo que dificultará la ejecución de sus sentencias.

En una nueva revisión de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos de 1957, concretamente, la acordada por Resolución de la Asamblea General de 17.12.15, llamadas ahora Reglas Nelson Mandela, pese a su carácter no vinculante, en su art. 109, se sostiene que “no deben permanecer en prisión las personas a las que no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará el traslado de esa personas a centros de salud mental lo antes posible”. También alienta, cuando sea necesario, al tratamiento en centros especializados de otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales. Todo ello sin perjuicio del tratamiento psiquiátrico que debe dispensarse a todos los demás internos que lo necesiten.

Pero la solución al problema, desgraciadamente no sólo depende de que formalmente se inste una incapacitación o un internamiento del enfermo que va a ser puesto en libertad y precisa de un recurso asistencial de media o larga estancia, tal y como se solicita por el Ministerio Fiscal (MF), sino de que existan plazas en esos recursos para garantizar la continuidad de cuidados.

En el ámbito penitenciario, el RP solo desarrolla el internamiento en centro psiquiátrico penitenciario para cumplimiento de medida de seguridad, impuesta por eximente o por enfermedad mental sobrevenida (184 b) y c)). Respecto del internamiento en centros de deshabitación o de educación especial, el Reglamento sólo contempla la posibilidad de que la Administración Penitenciaria celebre los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad (art. 182 RP). La Administración no tiene centros propios, habiendo desarrollado convenios sólo en materia de drogas, pero no de salud mental. La falta de recursos sanitarios civiles hace que los dos únicos establecimientos psiquiátricos dependientes de la Institución Penitenciaria en territorio no transferido (Sevilla y Alicante), acaben acogiendo toda suerte de situaciones y patologías (esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno bipolar, límite, disocial, dual, discapacidad intelectual, etc). La heterogeneidad de situaciones también se aprecia en el arco de edad, siendo muy significativo el envejecimiento general de la población ingresada, consecuencia natural en parte del cumplimiento de largas medidas, habiéndose

⁴³ Circular del cumplimiento de las medidas de seguridad competencia de la Administración penitenciaria. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/78885/CIRCULAR_19-2011.pdf

dose convertido estos centros en geriátricos, donde a fecha 31/12/15 el 41,17% eran grandes dependientes, que podrían recibir un trato más digno y adecuado en recursos comunitarios para personas dependientes.

Por otra parte, en todo el territorio gestionado por la Administración Central hay un único módulo de mujeres, en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, con capacidad para unas 35 pacientes.

Gómez-Escolar señala que no existe un verdadero derecho de ejecución de medidas de seguridad, generando problemas no solucionados con aplicación analógica de las normas establecidas para las penas⁴⁴. El abono de las medidas cautelares preventivas (58 CP) y el régimen del cumplimiento en concurrencia de medidas de seguridad y penas tienen deficiente regulación. Así, solo se regula el sistema vicarial entre medida y pena privativa de libertad impuesta en la misma causa (arts. 104 y 99 CP). Por analogía, se intenta aplicarlo cuando han sido impuestas en causa distinta (Instrucción 19/11 de IIPP), pero no hay norma sustantiva que lo imponga ni se atribuye esa competencia a órgano judicial concreto, por lo que la prisión tendrá que intentar ordenar las medidas dirigiéndose a cada sentenciador. Ni siquiera se regula en el CP cómo se cumple la medida no privativa de libertad impuesta (v. gr. tratamiento externo en Libertad Vigilada) en la misma causa que una pena atenuada en supuestos de eximente incompleta. Algunos defienden la aplicación también aquí del sistema vicarial; sin embargo, el Tribunal Supremo (TS), caso de no poder cumplirse simultáneamente, establece la prioridad de la pena (ST. 24.3.06). En estos supuestos, como destaca Vicens,⁴⁵ los cambios de ciclos medida-pena-medida-pena obligan a un mayor compromiso asistencial para evaluar, en todo momento, la necesidad de tratamiento para que el “diagnóstico penal” no excluya el clínico.

Respecto a las salidas terapéuticas, estas constituyen una herramienta rehabilitadora de primer orden. Más de un 60% de los internos, en diverso grado de control, participan de estas salidas, tanto en el HPP de Alicante como en el HPP de Sevilla. Las salidas terapéuticas se regulan en el ámbito del internamiento psiquiátrico penitenciario en el art. 190 RP, como instrumento terapéutico del programa individual de rehabilitación.

Ha habido conflictos competenciales entre tribunales sentenciadores y juzgados de vigilancia penitenciaria en relación con su aprobación, en los que el TS, ha asumido que corresponde a estos últimos (autos de 16.12.09, 8.0.09, entre otros). Estima el Alto Tribunal que el art. 101.2 CP, en el que pretendía fundarse la competencia del sentenciador al establecer que el sometido a medida “*no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del juez o tribunal sentenciador*”, se refiere solo al abandono definitivo, pero no a las salidas temporales vía permiso, atribuidos por la legislación penitenciaria a la autorización del juez de vigilancia.

El tránsito ordenado desde la institución penitenciaria a la comunitaria obliga a la implicación de las diferentes administraciones públicas que deben coordinarse me-

⁴⁴ Gómez-Escolar Mazuela, P., “La ejecución de las medidas de seguridad, privativas y no privativas de libertad”, Curso de formación continua de fiscales, abril 2016, publicado en la web del Centro de Estudios Jurídicos (CEJ) del Ministerio de Justicia.

⁴⁵ Vicens, E. “Delito y enfermo mental”, en la respuesta judicial ante la enfermedad mental, Estudios de Derecho Judicial, 92, CGPJ, Madrid, 2006.

diante convenios de colaboración. Merece destacarse, en esta línea, la organización en Cataluña de los recursos comunitarios psiquiátricos, que ha implementado recursos específicos para abordar la fase de tránsito a la comunidad.

En el ámbito territorial gestionado por la Administración Central se ha recogido esta preocupación en la Instrucción 19/11 de Instituciones Penitenciarias, en el apartado 3.6, exigiendo la valoración individualizada de la situación del interno y las alternativas disponibles, procurando el retorno al grupo familiar o, de no existir o no ser posible, trabajando la excarcelación con organizaciones o fundaciones dedicadas a la atención y reinserción de estas personas. Deberá evitarse –dice la Instrucción– siempre el desamparo, comunicando con tiempo suficiente la situación de vulnerabilidad a la sección de incapacidades de fiscalía, utilizándose la vía del art. 763 Lec en los supuestos que lo requieran. Desafortunadamente, esta vía legal es compleja, por cuanto la media de tiempo para solicitar la incapacitación en cualquier juzgado, obliga a trabajar con el enfermo con unos enormes plazos de antelación a la libertad, que dificultan una adecuada planificación de las actuaciones, dada la difícil previsión que se puede hacer sobre la situación clínica y social del enfermo a tan largo plazo.

El CP exige una revisión anual de la medida (el RP lo acorta a 6 meses), interviniendo dos instancias judiciales: el juez de vigilancia, con una propuesta, y el tribunal sentenciador, como órgano decisor, lo que resulta disfuncional (decide quien no está en contacto con el interno). Las propuestas van desde mantener la medida a su cese o suspensión condicionada, en función de que persista o desaparezca la peligrosidad y necesidad de tratamiento en régimen cerrado. Es posible también cambiar éste por una media de medio abierto (no privativa de libertad) (art. 97).

El régimen de doble control judicial (sistema de propuesta), unido a la escasez de recursos de internamiento, ha planteado graves disfunciones en el ámbito de la revisión de las medidas. Así, en muchos casos de enfermos sentenciados a medidas cortas, por tanto, en personas con baja peligrosidad, no hay justificación para el internamiento en los recursos asistenciales dependientes de la Institución Penitenciaria, que son los de mayor contención. En estos casos, y en otros justificados en los que hay una evolución muy favorable, la ausencia de recursos comunitarios alternativos determina la imposibilidad práctica de una revisión favorable de la medida (no se llega a dictar el auto por el tribunal sentenciador o éste deviene en inejecutable), generando un evidente maltrato institucional a los internos, perjudicando su derecho a la salud. Es este un típico caso donde se destaca la dificultad que plantea para el tratamiento de los enfermos judicializados el régimen de competencias compartidas entre la administración sanitaria y la judicial.

Es muy frecuente que los autos del tribunal sentenciador queden en papel mojado en los casos en los que se ha accedido a un cambio de dispositivo asistencial de menor contención en la comunidad, por inexistencia de plaza vacante en esos centros. La resolución sobre cambio de centro no aparece regulada expresamente en el artículo 97 CP, que contempla el mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida, aunque su carácter imperativo y obligatorio, visto el modo verbal utilizado (decretar el cese, sustituir, dejar en suspenso), parece claro. En cualquier caso, existe una gran pasividad en los tribunales sentenciadores ante la inejecución de sus autos, respecto a las resoluciones sobre la sustitución de centro, como si entendieran, sin

afirmarlo expresamente, que su resolución era una simple autorización, que no orden, de cambio de recurso.

Gómez-Escolar entiende que debe acabarse con el régimen de “competencias compartidas” entre sentenciador y juzgado de vigilancia penitenciaria, a favor de uno de ellos, asumiendo la conclusión 133 de la XIII Reunión de Jueces de vigilancia penitenciaria, que dice así: “se insta a las autoridades a la reforma con urgencia de los artículos del vigente código penal relativos a las medidas de seguridad, con el fin de que los jueces sean también los ejecutores de dichas medidas, como lo son de las penas, restableciendo así lo dispuesto en la LOPJ, no debiéndose limitar a ser simples órganos de informe y propuesta de otros órganos judiciales de la jurisdicción penal”. Esta posición, defendida también por la doctrina, cobró fuerza en el proyecto de reforma del CP, si bien desapareció en la fase de tramitación parlamentaria.

B) Medida de seguridad ambulatoria

El artículo 96 del CP contemplaba, como medida no privativa de libertad, “la sujeción a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter sociosanitario” (nº 11), fijando el anterior 105 CP su extensión máxima en 5 años. Con la reforma introducida por la LO 5/10, pierde su autonomía y pasa a ser una de las medidas que integran la libertad vigilada, enunciada ahora en la letra k) del art. 106.1 como “la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a control médico periódico”.

La reforma del CP de 2010, agrupa bajo la denominación “libertad vigilada”, medidas que antes tenían entidad propia (prohibiciones u obligaciones de residencia, prohibiciones de aproximación, comunicación, sometimiento a programas...), entre las que destacaba singularmente la de sujeción a tratamiento externo. La nueva medida consiste precisamente –según el art. 106.1 CP– en “el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte” de alguna o algunas de las mismas. Estas “medidas” son comunes a la libertad vigilada impuesta a inimputables y al nuevo supuesto contemplado en el art. 106.2 CP a los sujetos imputables peligrosos.

La imposición de un tratamiento en régimen abierto a un inimputable requiere conocer qué recursos hay disponibles en la red sociosanitaria general, al no existir dispositivos específicos para la ejecución de las medidas penales. Esa red de salud mental y de conductas adictivas plantea serios problemas para asumir el tratamiento de los sometidos a medidas de seguridad, sobre todo en los trastornos mentales severos asociados al consumo de tóxicos (trastorno dual). Es preciso aquí hacer un esfuerzo de coordinación interinstitucional para que, a partir de un programa individualizado de tratamiento, el enfermo, previo conocimiento de la administración de justicia, cumpla la pena impuesta en los dispositivos asistenciales adecuados en coordinación con la administración penitenciaria, responsable última de la ejecución de la sentencia en los casos en los que se trate de una medida postpenal.

Pese a que inicialmente el proyecto de reforma del R.D. 515/05 preveía la intervención de los servicios sociales penitenciarios en la libertad vigilada impuesta a personas declaradas no imputables del delito cometido, el R.D. 840/11, en su capítulo V, sólo regula la intervención de la Administración Penitenciaria en la libertad vigi-

lada postpenitenciaria, para evitar cualquier participación de esa administración en la ejecución de una pena que no se desarrolle en medio penitenciario. Por lo tanto, y tal como ocurre en los internamientos en centro civil, los órganos judiciales deberán dirigirse a los encargados de la ejecución de estas penas en la comunidad. Además, desde la LO 5/10 el control judicial de la medida corresponde directamente al tribunal sentenciador, sin intermediación del juez de vigilancia penitenciaria (JVP) (art. 98.2 CP).

Respecto al correcto cumplimiento del tratamiento ambulatorio impuesto en libertad vigilada en nuestro ordenamiento, no hay ningún precepto que concrete qué medidas puede adoptar el juez para imponer en caso de incumplimiento de la medida. ¿Puede acordar la detención y la administración forzosa del tratamiento? Como hemos visto, el debate está abierto en el ámbito civil, reavivado por la pretendida reforma del art. 763 LEC para incluir el tratamiento ambulatorio involuntario. Hay que reseñar que, incluso en las legislaciones civiles que lo regulan, las medidas forzosas son de escasa aplicación práctica.

Además de la posibilidad o no de su imposición forzosa, hay que aclarar las consecuencias del incumplimiento que regula el art. 100 CP. Hasta el 2010 establecía lo siguiente: *“1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar al reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado. 2. Si se tratare de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrare su necesidad. En ambos casos el juez o tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento”*.

En todo caso, el internamiento sólo sería posible si el delito cometido está castigado con pena privativa de libertad, conforme al principio de proporcionalidad con el hecho, establecida en los arts. 6 y 95 del CP. La respuesta al incumplimiento es insatisfactoria, toda vez que el delito de quebrantamiento de medida no privativa de libertad se castiga con multa, por lo que tampoco podría, por esa vía, llegarse a un nuevo internamiento, teniendo que imponer al sujeto, de ser inimputable, otra nueva medida de tratamiento ambulatorio. Y tratándose de enfermos crónicos, la situación se plantearía en cada recidiva, originándose la sucesión indefinida de medidas no privativas de libertad, sistemáticamente incumplidas.

La reforma de 2010 del CP introduce un inciso en el nº 3: *“A estos efectos no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido”*. Por tanto, ni habrá quebrantamiento ante la negativa al tratamiento, ni se podrá sustituir por internamiento, si la pena prevista por el tipo no es privativa de libertad, como ocurre en las medidas de seguridad ambulatorias.

Los tratamientos involuntarios se tratan también en el art. 9 de la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) donde se aporta una regulación muy escueta. Pudieran tenerse en cuenta también sobre este tema los criterios legales recogidos en los arts. 12, 18-21 y 28 de la Recomendación del Consejo de Europa (2004)¹⁰ y los Principios 4, 9-1 de la ONU, así como la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sentencias Matter c. Eslovaquia, Elsholz c. Alemania, Shopov c. Bulgaria y X. c. Finlandia, entre otras). Todos estos textos teorizan sobre el hecho de que siendo de-

seable que el empleo de medidas coercitivas, como la contención (mecánica, física y química) y el aislamiento, vayan desapareciendo, no puede desconocerse la existencia de casos extremos que pudieran justificar un uso ponderado, controlado y revisado de dichos medios. Siendo cierto que la posición del Comité de Derechos de Personas con Discapacidad de Naciones Unidas es absolutamente contraria a cualquier tipo de tratamiento involuntario, no menos cierto es que en casos muy determinados la falta de tratamiento conllevaría, de hecho, el abandono del paciente, y todo en aras de respetar su autonomía⁴⁶.

Si reflexionamos sobre el artículo 763 de la LEC concluiremos que permite, por su propia literalidad, la autorización para que se lleven a cabo tratamientos que fueran pautados en contra de la voluntad del paciente, lo que resulta inherente a la naturaleza del internamiento involuntario, por cuanto lo que se persigue con él es la restauración de la salud del enfermo, no el simple aislamiento social del mismo. La resolución 46/119 de Naciones Unidas⁴⁷ que ampara el derecho a la intervención mínima de los enfermos mentales, sostiene que “todo paciente tendrá derecho a ser tratado en las condiciones menos restrictivas posibles y con un tratamiento lo menos restrictivo e invasivo posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de brindar protección física a terceros”. Todo este soporte legal intenta consolidar la idea de que, en determinadas circunstancias, muy excepcionales y con todas las garantías de control clínico y judicial, es necesario actuar en contra de la voluntad del paciente si su capacidad de entendimiento y voluntad están comprometidas, y existe un riesgo cierto de daño para la salud del enfermo y quienes le rodean. Esa actuación deberá ser la mínima indispensable para revertir la situación. Lo que parece evidente es que, en estos casos, la inacción basada en el respeto de una voluntad que en ese momento está anulada, no puede ser la solución más adecuada, porque pone en riesgo la salud del enfermo y cuantos le rodean.

Llegados a este punto, hay que resaltar que la competencia de los tribunales para la ejecución de las medidas no privativas de libertad tiene tres características que condicionan su ejecución:

- 1.- Los tribunales competentes no están especializados en esta materia.
- 2.- Tienen una comunicación difícil y burocratizada con los servicios sociosanitarios.
- 3.- Carecen de apoyo suficiente de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de IIPP (SGPMA), que por ley únicamente tienen encomendada la tarea de ejecución de las medidas y penas postpenitenciarias, alternativas a la privación de libertad.

La falta de una actuación coordinada entre los diferentes agentes con responsabilidad en la ejecución del tratamiento, no es un mal exclusivo de nuestro sistema. En EEUU tenían hace unos años una situación semejante y surgieron juzgados especia-

⁴⁶ Barrios Flores L.F. Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020 Gac. Sanit. 2020; 34(S1): 76-80.

⁴⁷ 1991: Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que aprueba los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental (En línea consultado en mayo 2021) disponible en: <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/>

lizados en resolver cuestiones relativas al tratamiento involuntario de ejecución en la comunidad, tanto de adicciones como de enfermedades mentales, los “drugcourts” y los “mental healthcourts”⁴⁸.

Además, EEUU es la cuna de una teoría o filosofía jurídica denominada “therapeutic jurisprudence”, que supone el uso de las ciencias sociales para estudiar la forma en que una norma o práctica legal promueve el bienestar psicológico y físico de la persona a la que afecta. Junto a la creación de juzgados especializados, podemos citar otras iniciativas tendentes a mejorar el trabajo de los jueces en estos casos, como experiencias para implementar el refuerzo de los servicios especializados anejos al juzgado. En nuestro país, en los Juzgados de Plaza de Castilla en Madrid está funcionando SAJIMENTAL, un dispositivo de asesoría judicial que persigue la coordinación con la red ordinaria de servicios socio-sanitarios, el seguimiento constante mediante controles periódicos, los sistemas de refuerzo y respuesta inmediata en las crisis y el esfuerzo por conseguir la participación constante de los afectados por las medidas judiciales⁴⁹.

Algunos juristas han planteado la posibilidad de trasladar la experiencia americana a nuestro sistema, estimando que el juzgado de vigilancia (JV) podría ser el órgano judicial más idóneo para asumir las funciones de juzgados especializados como los Juzgados de Solución de Problemas⁵⁰. Aunque el JV tiene la estructura adecuada, sus confusos contornos competenciales, la escasez de medios de los servicios sociales penitenciarios, la insuficiencia de la red de servicios sociosanitarios para la atención de estos problemas y su falta de coordinación con el sistema judicial hacen ilusorio el planteamiento de esquemas como los trazados en Estados Unidos.

El enfoque deontológico, sustentado sobre la base de la ética del cuidado, dota a la profesión judicial del carácter de un genuino servicio social. Como se ha dicho por algún autor⁵¹, el juzgador deberá considerar si las consecuencias anti-terapéuticas de la ley pueden ser reducidas y su alcance terapéutico promovido, sin subordinar el proceso debido y demás valores de justicia.

En algunos supuestos, se pueden utilizar técnicas contractualistas, que no suponen en ningún caso pérdida de la posición garantista y neutral propia de la función judicial. Todo ello comporta nuevas actitudes y estrategias, siendo la fundamental el seguimiento constante en los incumplimientos de citas que, una vez agotadas las posibilidades de los equipos sanitarios y sociales, deben traducirse en la rápida actuación judicial (llamadas telefónicas, visita de personal del juzgado, etc...), actuación

⁴⁸ Ferreiros Marcos, M. “Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario”, tesis doctoral, Alicante, 2007.

⁴⁹ Servicio de Asesoramiento a Jueces y Juezas, e información al/la detenido/a y a su familia (SAJIAD) (en línea –abril 2021– disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/P1_3_SIAD_Berta_Gordon_Opciones_de_politica_publica_en_materia_de_alternativas_al_encarcelamiento_.pdf

⁵⁰ Wexler, David, B. y Calderón, Jeanine “El juez de vigilancia penitenciaria: un modelo para la creación de juzgados de reinserción en las jurisdicciones angloamericanas en aplicación de los principios del Derecho Terapéutico”, en Revista Española de Investigación Criminológica AC-01-04.

⁵¹ Myriam Herrera Moreno, “Rehabilitación y restablecimiento social. Valoración del potencial rehabilitador de la justicia restauradora desde planteamientos de teoría jurídica terapéutica”. CGPJ, 2006. Vid. también Subijana Zunzunegui, I. y Porres García, I., “La viabilidad de la justicia terapéutica, restaurativa y procedimental en nuestro ordenamiento jurídico”, en Cuadernos Penales José María Lidón, Bilbao, n 9/13, págs. 21-58.

que ya es posible con nuestra deficiente regulación y que Gómez-Escolar describe en Alicante, donde se sustancia con la comparecencia ante el juzgado de vigilancia penitenciaria para requerimiento formal de cumplimiento de la medida.

Para que el juez pueda resolver con garantías en estos casos, las comunicaciones con los servicios de salud mental deben ser ágiles y concretas y con propuestas de intervención claras y posibles. En la mayoría de los territorios del Estado, el plan de seguimiento es poco más que un formulario que los servicios sociales penitenciarios cumplimentan sin relación directa con los servicios de salud de la comunidad.

La dificultad de gestión de muchos trastornos mentales severos crónicos obliga a un estudio integral y dinámico de su situación, que sólo se consigue con un plan individualizado de tratamiento dentro del modelo terapéutico de gestión de caso, y lo que es más importante, con mecanismos de comunicación fluida entre la autoridad judicial y los servicios sanitarios. Algo muy similar se está haciendo en algunas CCAA como Cataluña⁵², el País Vasco⁵³ o Navarra⁵⁴ con grupos de trabajo interdisciplinares conformados en comisiones de casos de enfermos judicializados, que funcionan con estas premisas.

De todo lo anterior debería deducirse que la respuesta que debe dar el órgano judicial ante un enfermo mental grave que ha cometido un delito, ha de ser rápida y proporcionada, huyendo del automatismo de optar por el internamiento penal –cuando es posible–, sin agotar las posibilidades de la medida ambulatoria⁵⁵.

4.3. Final de la sentencia e incorporación social

En el marco de las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se publicó en diciembre de 2012 el Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad que se convocaron por IIPP para la mejora de su atención sanitaria⁵⁶. En este documento se analiza el itinerario de estas personas a través del sistema judicial penal, desde los problemas de identificación y tratamiento preventivo hasta la salida final del sistema penitenciario. En lo que toca a esta fase de reinserción, se destaca en las conclusiones del documento, la importancia de constituir equipos multidisciplinares con representación de todas las administraciones implicadas, para coordinar la derivación del enfermo judicializado al recurso asistencial adecuado, proponiendo que se impli-

⁵² La ejecución de las medidas penales alternativas en las comarcas de Tarragona. El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada. Generalitat de Catalunya 2016 (En línea. Consultado abril 2021) disponible en: http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2016/execucio_mpa_tarragona/execucio_mpa_tgn_cast.pdf

⁵³ Servicio de Asistencia a la Reinserción (SAER) (En línea consulta mayo 2021) disponible en: https://www.euskadi.eus/web01-a2justic/es/contenidos/informacion/saer/es_saer/saer.html

⁵⁴ Líneas Estratégicas del Modelo de Ejecución Penal en Navarra (en línea consulta mayo 2021) disponible en: https://www.navarra.es/documents/48192/6505993/L%C3%ADneas+Estrat%C3%A9gicas+Modelo+de+Ejecuci%C3%B3n+Penal+en+Navarra_feb21.pdf/14a6f6dd-9d43-05ea-a7c5-e7149389d8cb?i=1613132960043

⁵⁵ La Recomendación, del Comité de Ministros a los Estados miembros R (92)16, de 19 de octubre de 1992, sobre las Reglas Europeas sobre sanciones y medidas no privativas de libertad. Regla 78.

⁵⁶ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD 2014. (en línea - consultado septiembre 2020) https://www.aecp.net/arc/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf

que en el proceso al tercer sector. Las fundaciones y ONGs que muchas veces trabajan y a la vez, en los recursos asistenciales de la comunidad y en los penitenciarios, son los mediadores idóneos entre las agencias de la administración encargadas del seguimiento y la atención de estos pacientes. Una situación frecuente es la que se plantea cuando es preciso un recurso de internamiento de larga estancia para un enfermo que ha terminado su condena. La figura legal aplicable en estos casos es el internamiento civil, que está condicionado más por la existencia o no de recursos en la red civil que por las necesidades de tratamiento, denegándose ingresos necesarios o provocándose altas prematuras. Debe tenerse en cuenta que, conforme a los criterios de la psiquiatría imperante, el internamiento siempre ha de durar el mínimo tiempo imprescindible para compensar al sujeto y devolverle al tratamiento ambulatorio, más rehabilitador. Deben prioritariamente hacerse en estructuras de cuidados de media estancia, hoy en día insuficientes cuando no inexistentes en muchas comunidades autónomas.

Tanto en estos casos, como en los que al sujeto se le ha pautado un tratamiento ambulatorio al extinguir la medida, la red sanitaria no está ejerciendo un control efectivo sobre el seguimiento del enfermo, por lo que, si se producen descompensaciones, aumentará la posibilidad de que incurra en conductas delictivas.

Desde IIPP con el objeto de facilitar la reinserción y la continuidad del tratamiento, se ha implementado el “Programa Puente de mediación social”. Su objetivo es consolidar un equipo multidisciplinar que trabaje desde los Centros de Inserción Social (CIS) con el fin de coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que el enfermo, sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga disponibles todos los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria. Este equipo de profesionales constituye lo que se denomina la Unidad Puente, que trabaja desde los CIS para facilitar una adecuada derivación de los enfermos.

Respecto a la función de los CIS respecto de los penados con deficiencias psíquicas y su opción al tercer grado, el acuerdo 36 de las jornadas de fiscales de vigilancia penitenciaria de 2015 estableció, que se justifica por razón de su clasificación, y en el caso de internados judiciales, aunque requiere una corrección del art. 163.1 RP, se justifica por lo dispuesto en los arts. 163.2 y 164 RP, en relación con el buen éxito del programa individual de rehabilitación, si así se contemplara conforme a los arts. 189 y 190 RP. Por tanto, es correcto desde el punto de vista legal solicitar el traslado al CIS de estos perfiles de internos.

4.4. El caso de los penados con enfermedad mental sobrevenida

El CP ha regulado otra situación distinta de las ya abordadas, respecto de las personas con enfermedad mental grave que se han judicializado, es aquella cuyo trastorno aparece después de una sentencia penal ordinaria, estableciendo su régimen legal en el art. 60 CP. La apreciación tras la sentencia de un trastorno mental grave “que impida conocer el sentido de la pena” permite, conforme al art. 60 CP, suspender la ejecución de la misma, sea o no privativa de libertad.

Además de la suspensión, el juez debe garantizar que reciba la asistencia médica que precise, para lo cual la LO 15/03 le permite imponer una medida de seguridad,

posibilidad que ya preveía el art. 184 RP, en todo caso, la medida de seguridad habrá de dictarse sobre la base de un juicio pronóstico sobre el riesgo de comportamiento violento y /o reincidencia en el delito, esto es de peligrosidad. Por tanto, la medida de seguridad no será la consecuencia inexorable de la suspensión, pues en todos los supuestos de enajenación sobrevenida en los que no se aprecie peligrosidad, podrá acordarse la salida del centro para ser tratado por la sanidad no forense, ya sea pública o privada, sin que ello suponga necesariamente que se haya de proceder al internamiento psiquiátrico compulsivo en vía civil.

Si se impone una medida de seguridad privativa de libertad, el Código establece que no podrá ser en ningún caso más gravosa que la pena sustituida. En la práctica, se hace liquidación por el tiempo de pena que reste por cumplir. En las penas no privativas, cuando concurra el presupuesto del art. 60 CP, el precepto faculta al juez de vigilancia para imponer “*las medidas de seguridad que estime necesarias*”, que habrá que entender no privativas, conforme a lo dispuesto en el art. 95.2 CP.

El artículo 60 no impone que la enfermedad sea sobrevenida, pudiendo también haber pasado “inadvertida” durante el procedimiento, pues el artículo habla expresamente de “apreciada”, no de aparecida, situación, por otra parte, que no es extraordinaria en nuestros centros penitenciarios respecto de sujetos con minusvalía psíquica.

El trastorno debe impedir “*conocer el sentido de la pena*”, es decir, por qué y para qué se cumple. Se discute si debe estar abolida esa capacidad o es suficiente que esté gravemente comprometida. Gómez-Escolar se inclina por una interpretación amplia del supuesto de hecho, orientada a las consecuencias. En varios casos de finalización de medida y enlace con pena de otra ejecutoria, en los que intervenía este autor, fiscal de vigilancia penitenciaria en Alicante, reconociendo el equipo multidisciplinar y el médico forense que el sujeto tenía conservada la capacidad de comprender el sentido de la pena, se indicaba que la ejecución de ésta supondría con toda seguridad la descompensación del paciente, respecto del que se había conseguido un frágil equilibrio. En estos supuestos, se entendió que procedía la suspensión de la pena a enlazar ex art. 60 CP para continuar el tratamiento en el hospital psiquiátrico penitenciario. Con ello se permite superar uno de los mayores problemas que plantea la falta de regulación procesal y sustantiva de la concurrencia en la ejecución de penas y medidas impuestas en procedimientos distintos (ciclos pena-medida-pena), problemas que inciden en el tratamiento médico del interno. Recientemente, desde el ámbito de FEAPS se ha insistido en la necesidad de dar un impulso a la aplicación del art. 60 CP para la mejora del tratamiento de las personas con discapacidad que cumplen penas privativas de libertad⁵⁷. En esta línea, hay que situar el acuerdo 12 de las Jornadas de fiscales especialistas de vigilancia penitenciaria de 2015, en el que se postula, ante la noticia de posibilidad de concurrencia de los presupuestos de suspensión de la pena por enajenación mental sobrevenida, la necesidad de incoar, en su caso, diligencias preprocesales para verificarlo, de conformidad con lo dispuesto en los arts. 3.1 y 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, instando si procede dicha suspensión, dando además traslado de los antecedentes a la Sección de la Fiscalía de discapacidades.

⁵⁷ “Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal”, Colección FEAPS, 2014.

La reforma del art. 60 CP por LO 15/03, traspasa la competencia para acordar la suspensión e imposición de medida desde el tribunal sentenciador al juez de vigilancia penitenciaria, ya se trate de penas privativas (incluso aunque la ejecución de éstas no haya comenzado, o no privativas, como la pena de TBC). La determinación de la competencia territorial y la relación con el sentenciador durante el cumplimiento de la medida, ha planteado serios problemas, fundamentalmente en relación con la necesidad de propuestas anuales y su destinatario, resueltos con criterio cambiante en los acuerdos unificados de los juzgados de vigilancia.

Dispone el art. 60.2 CP que *“restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente”*. Si el sujeto ha estado sometido a medida, su cumplimiento íntegro extingue la responsabilidad penal. Solo en otro caso, procederá cumplir la pena, salvo en los supuestos que indica el precepto.

En cuanto a la prescripción de la pena, surge la duda sobre qué plazo debe aplicarse, el de la pena impuesta o el que corresponda a la parte que quede por cumplir de aquella.

5. Rehabilitación del TMGJ. Detección temprana y asistencia

5. REHABILITACIÓN DEL TMGJ. DETECCIÓN TEMPRANA Y ASISTENCIA

Los perfiles más vulnerables a la judicialización, son los de aquellos enfermos refractarios al tratamiento, con baja conciencia de enfermedad, que fallan a las citas de revisión, que generan conflictos reiterados de convivencia, y que, en definitiva, son catalogados como “pacientes complejos”, con más de un diagnóstico y circunstancias sociales desfavorables para una evolución positiva de su trastorno.

El manejo más adecuado de estos enfermos debería hacerse mediante la coordinación entre los servicios de Atención Primaria, en ocasiones, los primeros conocedores de la evolución desfavorable de este tipo de cuadros, y en todo caso, puerta de entrada a los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales. El Tercer Sector, que es el agente social más accesible para estos pacientes y sus familias, es un mediador valioso entre los dispositivos asistenciales de la comunidad, que son los que deben aportar soluciones conjuntas para responder a las necesidades de estos enfermos. En España, hay algunos trabajos que han estudiado la conveniencia de establecer estructuras estables de colaboración a este nivel⁵⁸. La conclusión más frecuente es fomentar mecanismos de coordinación a nivel provincial y local, para que se pueda intervenir conjuntamente, desde el inicio de los problemas y no cuando ya han ido enquistándose y complicándose, como sucede en muchos de los casos estudiados. La cooperación entre Servicios Sociales Comunitarios, Atención Primaria, Servicios de Salud Mental y Servicios de Atención a Drogodependencias parece especialmente relevante.

Esta coordinación sirve para mejorar el conocimiento recíproco de las distintas redes asistenciales y la formación del conjunto del personal para la intervención conjunta sobre el enfermo complejo. El objetivo es conseguir la mayor eficiencia de los recursos existentes, sobre la base de un modelo de atención comunitaria, orientando la máxima capacidad terapéutica de los servicios existentes hacia la recuperación de las personas y evitando que los recursos se limiten a su aislamiento institucional. La existencia de espacios de formación e información conjunta interinstitucional, incluyendo al personal de la Administración de Justicia, parece también un elemento imprescindible.

⁵⁸ Defensor del Pueblo Andaluz. Propuesta de coordinación en los procesos de incapacidad relativos a personas con discapacidades psíquicas. Sevilla. Octubre 2013. En línea (consultado en junio 2017) disponible en: http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/guia_incapacitacion/index.html

Hay un consenso mayoritario en las experiencias de coordinación entre administraciones sobre la bondad de los Equipos de Atención Asertiva Comunitaria, con inclusión de personas expertas en la atención a drogodependencias, para la atención de los casos especialmente problemáticos y complejos de personas con Trastornos Mentales Graves.

Es importante dejar claro cuáles son los procedimientos de acceso a las distintas redes y recursos concretos, combinando si es preciso, distintos recursos para conseguir una asistencia integral. Es muy útil para el correcto funcionamiento de esta coordinación, consensuar protocolos de Trastorno Mental Grave, de Autonomía y la Atención a la Dependencia o de Patología Dual, contemplando también procedimientos excepcionales de urgencia ante situaciones de grave necesidad que cuando se presentan, precisarían de intervenciones flexibles e inmediatas.

Atendiendo a la utilidad de los dispositivos asistenciales, podemos dividirlos en aquellos que facilitan la detección temprana y aquellos en los que se presta la asistencia necesaria para mejorar el pronóstico de la enfermedad en lo referente a sus posibilidades de rehabilitación. En relación a los lugares de detección de los casos, los describiremos cronológicamente según aparecen los enfermos por ellos.

5.1. Recursos que mejoran la detección temprana. La coordinación interinstitucional

Las recomendaciones de los expertos insisten en que el principal objetivo para comenzar a mejorar la respuesta que los servicios públicos dan a las personas con enfermedad mental grave y mayor riesgo de judicialización, es su identificación temprana y su adecuada derivación hacia estructuras asistenciales.

El primer instrumento de coordinación que se ha puesto en marcha con capacidad de detección temprana son las Comisiones de Análisis de Casos (CAC, en adelante) de enfermos mentales judicializados. La primera CAC fue la de Madrid, (Enero 2009), le siguieron Euskadi y Aragón, durante el primer trimestre de ese mismo año. En junio, se constituyó la Comisión de Andalucía, en Marzo de 2010 la de Castilla-La Mancha y, finalmente, en abril de ese mismo año, la de Baleares. En 2015 se constituyó la de Murcia. Todas ellas tenían una composición similar: profesionales interesados en el manejo de este tipo de personas con enfermedad mental en cada comunidad que, de manera voluntarista, se prestaron a integrarse en esa comisión, cuyo funcionamiento es equiparable al de un grupo de trabajo integrado por los siguientes ámbitos de actuación:

- **Judicial:** dependiendo de las comisiones, se integraron jueces de vigilancia penitenciaria, fiscales, magistrados o médicos forenses.
- **Socio-Sanitario:** con responsables de los servicios asistenciales del área de la salud mental y del área de los servicios sociales dedicados al cuidado de las personas con enfermedad mental.

- **Usuarios y Familiares:** con representantes de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental de cada comunidad, pertenecientes a la Confederación Española de Familias y personas con enfermedad mental (FEAFES).
- **Instituciones Penitenciarias:** con responsables de la asistencia sanitaria a estas personas con enfermedad mental en los dispositivos penitenciarios apropiados, y en especial en los Psiquiátricos Penitenciarios.

Su objetivo principal fue el de analizar la atención sanitaria y social de personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual que cometen un delito y entran en el sistema penal, siendo condenadas a medidas penales o a medidas penitenciarias alternativas (MPA) a la privación de libertad.

Como Objetivos secundarios, las CAC tenían planteados los siguientes:

- Analizar la historia socio-sanitaria de la persona con enfermedad mental que comete un delito.
- Mejorar la información de los órganos judiciales sobre los casos concretos analizados.
- Mejorar la información de los servicios socio-sanitarios sobre esos mismos casos.
- Aportar el punto de vista del usuario, a través de la visión de la Federación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental, para entender mejor las necesidades, dificultades de acceso a los servicios y experiencias vividas, que pudieran ayudar a la mejora de las medidas adoptadas para su tratamiento.
- Informar de la evolución de estos casos a todas las partes de la comisión en el transcurso de la medida judicial adoptada.
- Controlar, desde el punto de vista técnico, el cumplimiento adecuado de las medidas judiciales.
- Identificar las variables, clínicas, socio-sanitarias y criminológicas que explican estos casos.
- Mejorar la coordinación entre las administraciones competentes en el control y seguimiento de los casos (judicial - socio-sanitaria y penitenciaria).
- Planificar, a medio y largo plazo, las medidas preventivas que actúan sobre las variables explicativas de estas situaciones.

Los casos se detectan y se aportan a las sesiones de la Comisión desde cualquier administración. En concreto, a través de los forenses por denuncias recibidas, en el caso de la Administración Judicial; a través de los trabajadores sociales de los equipos de atención primaria o de los equipos terapéuticos de salud mental, en el caso de la Administración Sanitaria; a través de mediadores sociales de ONGs que trabajan en rehabilitación en contacto con las familias de los enfermos; a través de los servicios de gestión de penas y de tratamiento penitenciario, en el caso de la Administración Penitenciaria.

A lo largo del trabajo de las CAC, se recopilaron una serie de reflexiones consensuadas entre los miembros de cada comisión, respecto a la asistencia de las personas con enfermedad mental sometidas a medidas de seguridad, que entre otras han sido las siguientes:

- No se han aportado datos que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la comunidad, al actuar primando la derivación de enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos más asistenciales frente a otros de mayor control.
- Una adecuada derivación reduce la reincidencia.
- Una adecuada derivación ahorra costes sociales y económicos.
- Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones.

Estos grupos han venido trabajando, de manera independiente, en cada una de las Comunidades Autónomas, reuniéndose de forma regular, aproximadamente cada tres meses. La CAC de Andalucía y sobre todo la de Castilla la Mancha, y la de Murcia funcionan con especial vigor, porque los responsables sanitarios de las respectivas Comunidades Autónomas están liderando los trabajos de estos grupos de coordinación interinstitucional.

En concreto, en Castilla-La Mancha, desde que se constituye la CAC en Toledo en 2010, (a diferencia de las que comienzan a trabajar en otras Comunidades Autónomas con un perfil más general, de análisis y gestión del problema), pronto se transforma en un grupo de trabajo operativo, donde se aportan casos de enfermos procedentes de la provincia en los que hay elementos clínicos, sociales y judiciales que deben armonizarse para evitar que los enfermos entren en una deriva delictiva. En 2013, este modelo se extiende y se replica en cada una de las cinco provincias de la Comunidad Autónoma. El fin último es generar protocolos de actuación consensuados entre las administraciones, bajo el modelo de la gestión de caso, donde la detección y la actuación temprana, la continuidad y la coordinación interinstitucional, permita el abordaje de enfermos mentales graves en riesgo de exclusión social y de judicialización.

Una evaluación inicial del funcionamiento de esta iniciativa por parte del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), demostró que este tipo de comisiones interinstitucionales, mejora el conocimiento mutuo de los puntos de vista y de los procedimientos de actuación de todas las administraciones involucradas en la atención a los problemas de este tipo de enfermos. Permite también avanzar construyendo protocolos generales de actuación a partir de los casos individuales que se plantean en cada sesión y permite abrir canales de comunicación interinstitucional, tanto formales para consultas programadas como informales, para asuntos urgentes que requieren flexibilidad e inmediatez en las decisiones.

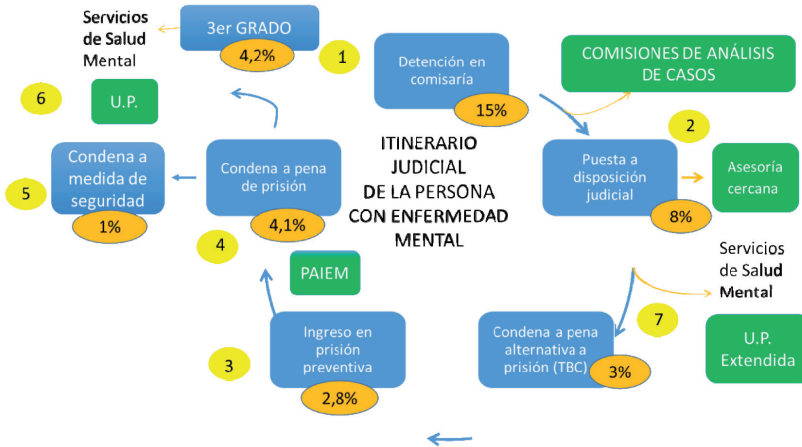
El reto que estos grupos de trabajo tienen por delante es su formalización normativa, para que su funcionamiento quede regulado y pueda difundirse e identificarse adecuadamente entre todos los profesionales y agentes sociales implicados en el manejo de este tipo de enfermos. También es importante que estas comisiones no se confundan respecto a sus fines con otros grupos de trabajo ya constituidos ni sus tareas

se solapan con otras comisiones que, en el seno de cada administración, se ocupan tanto de aspectos organizativos asistenciales, como en el caso de la administración de justicia, de aspectos regulados por la ley⁵⁹.

Todos los miembros de estos dispositivos trabajan para identificar perfiles de enfermos vulnerables a la judicialización desde los diferentes ámbitos, social, policial, judicial, clínico, evaluar sus necesidades y encontrar un recurso adecuado para tratarlas, frenando su carrera delictiva, si la han comenzado, o evitándola si únicamente se han colocado en riesgo de iniciarla. El volumen de personas con enfermedad mental que se analiza en estas comisiones en un año, estuvo en torno al 1/1.000 de todos los enfermos mentales graves de la comunidad.

En la actualidad, hay también otras iniciativas en nuestro país que se orientan hacia la identificación temprana del TMG en riesgo delictivo. Vamos a repasarlas siguiendo el itinerario del enfermo judicializable. (Gráfico 4)

Gráfico 4.
La identificación temprana del enfermo mental judicializable



5.1.1. En la Comisaría de Policía

En España, hay muy pocas experiencias de coordinación entre servicios socio-asistenciales y comisarías de policía para la detección temprana de personas con enfermedad mental. Casi en la totalidad de las situaciones en las que los cuerpos y fuerzas de seguridad intervienen, la situación se judicializa a través de la formalización de un atestado judicial y su correspondiente procedimiento legal, con lo que el paciente acaba ante un juez. Esta vía de judicialización podría evitarse con una mayor concienciación y formación de denunciadores y policías. Las fuerzas de orden público, en estas intervenciones de auxilio ciudadano, no necesariamente han de generar un atestado

⁵⁹ Resocialización y alternativas para las personas con enfermedad mental sometidas a un proceso judicial. Documento de Consenso. Grupo de Inserción en Salud. Consejo Social Penitenciario. Red de Enfermedad Mental y Judicialización. 2015. En línea [consultado en mayo 2017], disponible en: http://www.remju.es/sites/default/files/consenso%20REMJU%202015c%20_0.pdf

policial, que acabará en un juzgado; bastaría un acta, conforme a lo dispuesto en los arts. 5.2. b) y 11 b) de la LO 2/86 de fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y 15.2 y 4 LO 4/15, de seguridad ciudadana, evitando así criminalizar el comportamiento del enfermo en crisis. En no pocas ocasiones, antes de la detención, es la propia familia la que acude al juzgado para plantear una situación de violencia doméstica, o a la comisaría reclamando la ayuda de la policía en labores de auxilio ante una crisis violenta del enfermo. Es frecuente, entonces, que el manejo de la situación por parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad dé lugar a un nuevo delito, ahora de atentado contra la autoridad, que acaba con la detención del sujeto.

En países de nuestro entorno, se han puesto en marcha iniciativas de coordinación provinciales a través de estructuras públicas formales, grupos de trabajo que incluyen representantes de las fuerzas de seguridad y de los servicios socioasistenciales y cuyo objetivo es el trabajo conjunto de prevención de la judicialización, como el MAPPA británico, (Multi-Agency Public Protection Arrangements)⁶⁰.

Acordar por escrito un protocolo de actuación entre las diferentes administraciones ante los casos complejos de enfermos que resultan detenidos, es una de las tareas prioritarias de estos comités de coordinación. A menudo se incluye en estos protocolos, un sistema de actualización rápida de información sanitaria que permita conocer si el detenido tiene antecedentes psiquiátricos.

Es preciso tener en cuenta el dilema de las fuerzas y cuerpos de seguridad al enfrentar una situación en la que se debe evitar el riesgo derivado de la conducta violenta de una persona, tanto para ella misma como para quienes le rodean, a la vez que se preserva su derecho a la salud. El reto es mantener un entorno seguro, a la vez que se garantiza el acceso a la asistencia sanitaria que el enfermo necesita, con el grado de urgencia requerido en cada caso.

Conviene también alertar de que en muchos casos, la detención policial y la más que posible puesta a disposición judicial del enfermo, es una oportunidad para el diagnóstico y derivación adecuada de estos pacientes a los servicios sociales y de salud mental de la comunidad. En Reino Unido, sólo uno de cada cinco enfermos detectados en comisaría, es derivado a los circuitos asistenciales de salud mental⁶¹. Los modelos de intercambio de información en las comisarías británicas generalmente incluyen el servicio de un profesional de la salud, frecuentemente enfermeros especializados, que atienden las 24 horas del día peticiones de información, generalmente por vía telefónica, relacionadas con los detenidos en la comisaría por un delito menor y sospechosos de padecer algún problema mental. Este servicio es útil también para la clínica forense, cuando el paciente ha sido ya acusado de un delito grave y puesto a disposición judicial⁶².

⁶⁰ Rutherford M. Blurring the Boundaries. The convergence of mental health and criminal justice policy, legislation, systems and practice. Sainsbury Centre for Mental Health 2010. En línea (consultado en mayo 2017) disponible en: https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Blurring_the_boundariesreportSCMH2010.pdf

⁶¹ Sainsbury Centre. Diversion: A better way for criminal justice. London: Sainsbury Centre Mental Health. 2009. En línea (consultado en junio 2017) disponible en: <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/DiversionSCMH.pdf>

⁶² RDS Occasional Paper No 79. Outcome of psychiatric admission through the courts. 2002. En línea (consultado mayo 2017) disponible en: <http://tna.europarchive.org/20071206133532/homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/occ79outcome.pdf>

5.1.2. Detección temprana en los Juzgados

Una vez detenido, el juez debe valorar la relevancia penal de la conducta y las circunstancias del sujeto. La enfermedad de éste pasa muchas veces desapercibida si no existe una especial sensibilidad de las personas implicadas (forense, juez, fiscal, letrado, denunciante...) para explorar posibles trastornos mentales.

En este sentido, los antecedentes que puedan suministrarse al médico forense para la valoración de imputabilidad adquieren la máxima relevancia. En los documentos de consenso publicados sobre esta materia⁶³, los expertos están de acuerdo en que sería deseable el acceso directo del forense a las historias clínicas informatizadas del sistema público de salud, o en todo caso, deberían fijarse puntos de contacto en la Administración sociosanitaria fácilmente accesibles al efecto, para posibilitar la rápida transmisión de los datos clínicos solicitados a través de la autoridad judicial.

Por otra parte, la calificación inicial de la conducta objetiva del acusado determinará el tipo de procedimiento judicial que se va a seguir. Si se trata de un delito leve, la instrucción cesa, acordando la celebración de juicio inmediato o próximo. En tales supuestos, la limitada respuesta penal hace que no se haga especial hincapié en el análisis de las posibles enfermedades del sujeto, con lo que se pierde una preciosa oportunidad para tratar un trastorno que, sin respuesta asistencial, sin duda volverá a provocar comportamientos que podrían ser delictivos y de gravedad creciente. El acusado es puesto en libertad sin más, el procedimiento legal no contempla ninguna medida que alerte a los servicios socio sanitarios de que una persona con enfermedad mental ha presentado un comportamiento inadaptado hasta el punto de haber sido detenido, o lo que es peor, que su trastorno no está siendo controlado por los servicios de salud mental.

En determinados delitos menos graves, el procedimiento se aligera dando lugar al llamado “juicio rápido”, de instrucción sencilla que frecuentemente, acaba en una condena de conformidad, que puede llegar hasta los dos años. No es extraño que deficiencias o trastornos mentales pasen desapercibidos en la fase de instrucción y a lo largo de este procedimiento simplificado, lo que obliga a extremar las cautelas legales.

El mecanismo formal para derivar a un dispositivo sanitario a una persona con enfermedad mental que precisa asistencia y está a disposición de un juez, debe iniciarse después de que un servicio especializado, realice la exploración y el diagnóstico correspondiente, indicando qué recurso sería el más adecuado para su atención. Para que esto se produzca, un psiquiatra debería ser capaz de actuar inmediatamente a requerimiento del juzgado. Esto no es lo que ocurre habitualmente. Todos los jueces tienen a su disposición un servicio médico forense, cuyo principal objetivo es establecer la responsabilidad del sujeto en los actos que están siendo instruidos, y que, en caso de necesidad urgente, podría emitir un informe para que el juez ordene el ingreso del paciente en un servicio de psiquiatría de un hospital incluso sin el consentimiento del enfermo. Sin embargo, esta actuación en la mayor parte de las ocasiones tan solo resuelve de forma puntual una situación urgente que precisa una estabilización clínica.

⁶³ Bradley K. Lord Bradley’s review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system [Internet]. London: COI for the Department of Health; 2009. En línea [consultado en mayo 2021]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098698.pdf.

Es habitual que después de unos días de hospitalización en contra de la voluntad del enfermo, éste sea dado de alta una vez que ha remitido el cuadro agudo, sin garantías de seguimiento efectivo de su proceso.

Los dispositivos de coordinación entre los servicios de salud mental y los servicios sociales de la comunidad, con los servicios médico-forenses en los juzgados, distan mucho degenerarse en nuestro país.

Como consecuencia de lo actuado, durante la instrucción del procedimiento, aunque el juez pueda decretar un ingreso obligado en un hospital psiquiátrico para peritación, si el supuesto no reúne la gravedad exigible para la prisión preventiva, solo cabe la libertad provisional. Aún en el primer caso, este ingreso forzoso no asegura la continuidad asistencial del enfermo.

No puede imponerse ningún tratamiento externo, aunque el sujeto lo precise, pues esta exigencia procesal no se contempla como medida cautelar, sino sólo como medida de seguridad en sentencia firme, en caso de imputabilidad mermada o anulada. Si es posible, en supuestos de violencia de género y doméstica, la adopción de la medida cautelar de alejamiento, lo que en ocasiones puede propiciar una mayor situación de abandono del enfermo, ya que impide que los únicos capaces de proteger sus intereses, padres o hermanos, no puedan hacerlo por imperativo legal, lo que hace que muchos familiares renuncien a continuar la causa penal.

Por tanto, uno de los graves inconvenientes de la descoordinación entre la medicina forense y la asistencial que se da en esta situación, es que se compromete la continuidad de la asistencia de todos los enfermos que se detectan en los juzgados, o incluso que reciben una primera asistencia, al no haber un mecanismo que facilite su canalización hacia el sistema de salud comunitario.

En Inglaterra y Gales, en un número importante de juzgados existen profesionales de enfermería de enlace con capacidad para informar de los antecedentes psiquiátricos de aquellos detenidos que el juez precise conocer. Este servicio puede ser diario y presencial en el juzgado, o estar disponible por teléfono, o algunos días de la semana, en función del volumen de casos que se suelen presentar en el juzgado⁶⁴. Un servicio similar la oficina de SAJIMENTAL, está disponible de forma experimental en los Juzgados de Plaza de Castilla en Madrid, desde hace años.

En conclusión, si acordada la libertad, no se considera preciso un internamiento civil compulsivo, no existe ningún mecanismo en nuestro ordenamiento legal que favorezca la necesaria coordinación del juzgado con los servicios sociosanitarios comunitarios, para que conozcan la incidencia judicial del enfermo y puedan realizar un seguimiento posterior de la situación clínica del sujeto. Es preciso, por tanto, que, aunque no sea preceptivo legalmente, se establezca un mecanismo para que los servicios de salud mental comunitarios, fueran conocedores de la situación de este enfermo y le pudieran facilitar un seguimiento activo que evite una nueva judicialización de su enfermedad.

⁶⁴ Joint Prison Service and National Health Service Executive, Working Group. The future organization of prison health care [en línea]. London: Home Secretary and the Secretary of State for Health; 1999 [consulta abril 2017]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006944

La experiencia de SAJIMENTAL en Madrid se ha mostrado útil para resolver esta necesidad. Es un dispositivo de Asesoría Cercana al juzgado, una iniciativa, todavía experimental, para reconducir de manera temprana un itinerario encaminado hacia la judicialización de un determinado grupo de enfermos mentales y para devolverlos a la senda socio-asistencial. Este servicio está funcionando en modo de pilotaje, a través de una ONG, SIAD/SAJIMENTAL, implantado en los juzgados de Plaza de Castilla de Madrid y subvencionado por el Ministerio de Sanidad desde comienzos de 2015. Su objetivo es coordinar a las instituciones judiciales, las penitenciarias y las socio-asistenciales en los casos de personas puestas a disposición judicial en los que se advierte un trastorno mental grave. Un equipo multidisciplinar, con oficina en los juzgados, atiende peticiones de los jueces, abogados y familiares de personas con enfermedad mental pendientes de juicio, para asesorar e informar a los tribunales de los que dependen, sobre los diagnósticos y los recursos asistenciales adecuados para atenderlos. En ningún caso, se establecen grados de imputabilidad, que es una tarea que legalmente corresponde a la clínica forense, ni se interviene en la adjudicación de plaza en los dispositivos asistenciales, que es una tarea propia de los servicios sociales y de salud mental.

Una primera evaluación de este programa, indica que el perfil del enfermo judicializado que se detecta en esta etapa inicial, coincide con el que podemos encontrar años después cumpliendo largas medidas de seguridad privativas de libertad en los psiquiátricos dependientes de IIPP, por haber cometido delitos graves: más de la mitad de los enfermos tienen antecedentes judiciales por detenciones previas, una proporción similar ya tenía ingresos hospitalarios anteriores por su problema de salud mental y el 70% de ellos, en el momento de la detención no estaban bajo control ambulatorio de su trastorno. Otro dato llamativo que perciben los profesionales que trabajan en este programa, es la dificultad que tiene este tipo de enfermos que han entrado en contacto con la administración de justicia, para acceder a los dispositivos asistenciales comunitarios. Estos resultados refuerzan la idea de que estamos ante un perfil concreto de enfermo mental y que su detección y rehabilitación temprana evitará una evolución negativa de su proceso que sin la correcta atención, acaba en comportamientos cada vez más disruptivos, con peores consecuencias sociales y jurídicas, mayor marginación, discriminación y estigmatización.

5.1.3. Detección al ingreso en un Centro Penitenciario ordinario

En el supuesto de que un juez decreta la prisión preventiva en un centro penitenciario ordinario, como medida cautelar en el curso de un procedimiento penal, puede darse una situación sorprendente al producirse el ingreso en prisión de una persona con un trastorno mental, que puede acabar siendo declarada no responsable del delito por el que se le encarcela⁶⁵. Curiosamente, en el caso de personas en las que se aprecia una adicción a drogas, existe la posibilidad legal de eludir la tradicional prisión preventiva a cambio de un internamiento de deshabitación. ¿Por qué no se reguló esa posibilidad de internamiento, de carácter psiquiátrico, para la enfermedad mental?

⁶⁵ Gómez-Escolar Mazuela, P. "Problemas que plantea la ejecución de las medidas de seguridad de internamiento y de tratamiento externo", Revista C@uces, Pastoral Penitenciaria, número monográfico de noviembre de 2009.

Desde el momento en el que una persona con enfermedad mental ingresa en prisión, sea en calidad de preventivo o penado, es posible la detección de su trastorno por parte de los servicios médicos del centro penitenciario durante el reconocimiento médico que se realiza antes de 24 horas desde su ingreso en el centro.

El Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión (PAIEM)⁶⁶ establece un protocolo de actuación para ofrecer al interno con un trastorno mental grave, las actividades de rehabilitación y recuperación que estén disponibles en el centro penitenciario. El PAIEM es un programa que depende de un equipo multidisciplinar, en el que están representados profesionales de seguridad, clasificación, sanidad, y servicios sociales penitenciarios. Con un esquema de gestión de caso, se ocupa de monitorizar un programa individualizado de tratamiento del enfermo durante el cumplimiento de la condena. A través del PAIEM, se puede establecer siempre que sea preciso, una coordinación adecuada de los servicios asistenciales sanitarios con los servicios especializados de salud mental de la comunidad, mientras el enfermo se encuentra internado en prisión, con lo que se asegura la continuidad de su tratamiento. De igual forma, en el caso de los internos preventivos, cuando se celebre el juicio, toda la información generada durante el tiempo que la persona ha estado en el programa PAIEM, puede servir para que el tribunal dicte una sentencia más justa.

5.1.4. Detección durante el cumplimiento de unas medidas de seguridad en un CIS

La labor de coordinación e interrelación entre distintas administraciones, la penitenciaria, la judicial, la socio-sanitaria y entre agentes sociales, como las entidades del tercer sector especializadas en la atención a personas con enfermedad mental, ha propiciado también una nueva oportunidad de detección temprana y derivación de determinados casos de pacientes vulnerables, lo que se ha dado en llamar el Programa Puente Extendido.

En los CIS se gestionan las penas y medidas alternativas a prisión, en relación a la comisión de delitos menores, que pueden implicar la suspensión de la condena o la imposición de una pena no privativa de libertad: trabajos en beneficio de la comunidad (TBC).

Entre estos penados, se ha observado que un 3%, presenta algún tipo de trastorno mental grave⁶⁷. Su detección, diagnóstico y tratamiento, es posible utilizando las Unidades Puente, que, además, pueden proponer al tribunal sentenciador el cambio de la medida, por otra de tinte mucho más rehabilitador y terapéutico, con lo que todos ganan: el paciente tiene una oportunidad de recuperarse y abandonar la senda judicial y el juez ve cumplida la sentencia, que, en otro caso, hubiera corrido el riesgo de no cumplirse por incapacidad del enfermo, y desembocar en un quebrantamiento

⁶⁶ Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009. En línea [consultado mayo 2017]. Disponible en: http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf

⁶⁷ Mateo M. Justificación y Objetivos del Programa Puente Extendido. SGSP. Secretaría General de IIPP. Mayo 2017. (Documento Interno).

de condena. Finalmente, otro beneficio de este programa es que los servicios públicos se utilizan para lo que fueron diseñados, los penitenciarios como forma de coacción y retribución del delito y los sociosanitarios como herramienta de rehabilitación y curación.

Además de todo esto, en determinados perfiles de enfermos, especialmente refractarios al tratamiento, el hecho de que el programa asistencial pueda formar parte de una sentencia de obligado cumplimiento, se convierte en un nuevo incentivo y una nueva oportunidad para el enfermo a la hora de tomar la decisión de incorporarse al proceso asistencial, favoreciendo un cambio de actitud ante la terapia, lo que permite iniciar y mantener una recuperación, hasta ese momento imposible.

La última evaluación del pilotaje de este programa, señala que en relación a los penados a TBC, en los que fue detectado un trastorno mental grave, se propuso al tribunal sentenciador el cambio de la TBC (pensada, en origen, para realizar actividades de utilidad pública) por un programa de rehabilitación de la salud mental, de obligado cumplimiento, que fue aceptado por el juez y realizado por el enfermo sin inconvenientes en el 100% de los casos.

En estos momentos, se estudia el índice de reincidencia en este colectivo, que se espera que sea muy inferior al esperado, en caso de no haberse aplicado el programa. En el primer trimestre de 2021, el Programa Puente se ha desarrollado en 23 Centros de Inserción Social: A Coruña, Albacete, Alcalá, Algeciras, Alicante, Ceuta, Córdoba, Granada, Huelva, Jerez, Madrid Victoria Kent, Málaga, Mallorca, Murcia, Navalcarnero, Santander, Sevilla, Tenerife, Valencia, Vigo, Zaragoza, estando incluidos en programa, un total de 122 internos, lo que se corresponde con el 3,6% de la población penitenciaria de centros de inserción social, compuesta únicamente por internos en régimen abierto.

5.2. Recursos que mejoran la asistencia y rehabilitación

5.2.1. En la comunidad

A pesar de que lo razonable, como ocurre en otros países, es que los enfermos judicializados sean atendidos en recursos de la comunidad, como el resto de personas con enfermedad mental, especialmente aquellos en los que el riesgo de conducta violenta es bajo, y que además están condenados generalmente por un delito menor, esto no ocurre así en España⁶⁸.

En primer lugar, los dispositivos psiquiátricos cerrados en toda Europa fueron desmantelados durante la reforma psiquiátrica de los años ochenta, por ser unos recursos poco rehabilitadores. Ni entonces se pensó, ni se ofrece ahora ningún dispositivo que permita atender a todos aquellos enfermos psiquiátricos altamente dependientes, que no tienen familia ni capacidad para vivir autónomamente en la comunidad. Algunos autores relacionan la disminución del número de camas psiquiátricas de este tipo de dispositivos con el aumento del número de enfermos mentales en prisión⁶⁹.

⁶⁸ Medidas de seguridad impuestas y cumplidas o en periodo de cumplimiento. Bien referidas a ámbito nacional o a alguna Comunidad. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Documento Interno. Madrid 2015.

⁶⁹ Gunn, J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 2000. 176, 332-338.

En la actualidad, hay muy escasas plazas comunitarias para acoger a un grupo de enfermos que han sido condenados a una medida de seguridad privativa de libertad, que no son peligrosos y que, sin embargo, a consecuencia de la falta de recursos apropiados, son internados en recursos psiquiátricos dependientes de la Institución Penitenciaria, que están destinados en realidad a otro perfil de enfermos más complejos, agresivos y refractarios al tratamiento.

La atención a personas con TMG en un modelo asistencial comunitario requiere de una red equilibrada de recursos hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, incluyendo:

- Camas Hospitalarias de Agudos: habitualmente ubicadas en Hospitales Generales, dirigidas a tratar las descompensaciones agudas y situaciones de riesgo, con estancias medias reducidas (entre 10 y 20 días).
- Camas Hospitalarias de Media Estancia y Subagudos: con estancias medias de entre dos y seis meses, ofrecen cobertura hospitalaria a personas con síntomas persistentes graves y problemas de conducta que requieren hospitalización prolongada.
- Camas Hospitalarias de Rehabilitación: dirigidas especialmente al tratamiento, en régimen de hospitalización, de personas con evolución crónica y graves déficits funcionales que precisan programas de rehabilitación intensiva y elevado soporte psicosocial.
- Camas Hospitalarias de Larga Estancia: dispositivo asistencial, que como se ha repetido a lo largo de este trabajo, está hoy día en extinción. Se trata a menudo de recursos de características más residenciales que terapéuticas. Su existencia ha sido y es muy dependiente de la existencia de recursos comunitarios suficientes y en algunas comunidades autónomas (CCAA) no existen camas de estas características.

Para un número significativo de personas con TMG, la atención estándar procurada por los servicios extrahospitalarios de salud mental (Centros de Salud Mental) puede resultar insuficiente dada la amplia y compleja gama de sus necesidades sanitarias y sociales. Los recursos intermedios son dispositivos y actuaciones para personas que ya no requieren de la hospitalización, pero transitoria o permanentemente, necesitan otros apoyos mientras desarrollan su autonomía para vivir y relacionarse en la comunidad de modo que eviten su desarraigo.

Los recursos asistenciales no son sólo un espacio o un dispositivo, sino que requieren específicas formas de organización relacionada con la mediación y con la atención continuada para favorecer la integración social, la organización de la vida diaria, los autocuidados, la rehabilitación, y para evitar las hospitalizaciones. En muchos casos, suponen la alternativa a la hospitalización prolongada. Incluyen centros y hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación e integración laboral y programas de seguimiento intensivo comunitario como los de “Tratamiento Asertivo Comunitario”, constituido por equipos de salud mental que atienden a las personas afectadas directamente en la comunidad, y especialmente en su domicilio, con el objetivo prioritario de mantener la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial. Hacen referencia a un conjunto de dispositi-

vos asistenciales comunitarios que procuran atención continuada, de elevada intensidad, de rehabilitación e integración social, dirigidos de forma preferente a la atención comunitaria de personas con TMG.

Finalmente, son necesarios recursos sociales y sociosanitarios, que incluyen programas de inserción laboral, alojamiento (pisos tutelados, miniresidencias), programas de protección de derechos y tutela, respaldo económico, etc.

Las características de algunos de los dispositivos descritos pueden variar de forma importante entre las diferentes CC.AA., tanto en su estructura, recursos, perfil de pacientes y modelo de funcionamiento como en financiación (sanitaria, social o mixta)⁷⁰.

Hoy en día, sigue existiendo una resistencia en los dispositivos asistenciales de la comunidad a ocuparse de enfermos judicializados, incluso en los casos en los que la medida a cumplir está expresamente concebida para un dispositivo ambulatorio. El cumplimiento de este tipo de medidas, fue modificado por el legislador en el Real Decreto 840/2011, donde expresamente se encargaba su ejecución a los dispositivos socio asistenciales de la comunidad. Este cambio ha sido mal entendido, cuando no ignorado, por las autoridades sanitarias, con lo que, ahora, el tribunal sentenciador se encuentra con un vacío de procedimiento a la hora de la ejecución de este tipo de sentencias. Y ello, precisamente, en el grupo de enfermos con mayores oportunidades de rehabilitación. Ni la administración penitenciaria puede responsabilizarse del seguimiento de las medidas ambulatorias, una tarea que legalmente corresponde a la comunidad, ni ésta las atiende, porque no sabe cómo, o porque las asume de forma poco comprometida y acaban fallando. El resultado es que una buena parte de las sentencias, acaban de una forma u otra transformándose en medidas de privación de libertad por la imposibilidad de ejecutar adecuadamente las medidas ambulatorias.

¿A cuántos de esos enfermos, que acaban en la institución penitenciaria al negárseles un recurso en la comunidad, se les está negando también la oportunidad de una rápida recuperación? ¿A cuántos les situamos en un dispositivo de alta contención de forma innecesaria, colocándolos en riesgo de que su proceso mental empeore?

En países europeos de nuestro entorno, la proporción de camas psiquiátricas destinadas a enfermos sometidos a medidas penales de seguridad que requieren recursos asistenciales cerrados, es una media de 9 camas por cada mil personas recluidas. En España, a pesar de que esta disponibilidad es un 6% mayor (526 camas frente a las 495 que se precisarían), sin embargo, hay sobreocupación en los dos hospitales psiquiátricos dependientes de IIPP, y esto es así prácticamente desde su apertura.

La hipótesis que explica este hecho es que, como ya se ha dicho antes, hay un alto número de estos enfermos ingresados inadecuadamente en estos recursos, porque la principal puerta de entrada a ellos es la vía judicial, no el diagnóstico clínico, y porque la derivación a recursos asistenciales extrapenitenciarios encuentra mucha resistencia de las autoridades sanitarias comunitarias responsables de estos servicios, lo que obliga a los órganos jurisdiccionales a enviar a estos enfermos a la Institución Penitenciaria, único recurso que no va a rechazarlos.

⁷⁰ IMSERSO. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. MINISTERIO DE SANIDAD. GOBIERNO DE ESPAÑA. 2011.

Un estudio de campo en nuestro país señaló que, hasta un 30% de los enfermos que se encontraban cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad en un hospital psiquiátrico dependiente de IIPP, reunían los criterios de baja peligrosidad que justificaba su traslado a dispositivos extrapenitenciarios de menor contención, sin embargo, solamente un 2% habían conseguido ingresar en este tipo de recursos.

La conclusión según todos los datos disponibles, indica que en los hospitales psiquiátricos dependientes de IIPP, unos dispositivos concebidos para atender a los enfermos judicializados más complejos y con más necesidades de seguridad, llegan no sólo este tipo de pacientes, sino la inmensa mayoría de todos los enfermos sometidos a una medida de seguridad. De hecho, en 2021 en estos dispositivos, el 33% de todos los pacientes internados, cumplían una medida de internamiento inferior a tres años, el 19% de ellos inferior un año. Condenas que se corresponden con delitos leves y bajo riesgo de reproducir en el futuro una conducta violenta⁷¹.

A todo esto, se une la dificultad de procedimiento que plantea el régimen de competencias compartidas, entre la administración de justicia y la sanitaria, como señala Gómez-Escolar. Cuando hay predisposición del tribunal a autorizar un cambio de medida privativa de libertad por otra ambulatoria, la autoridad sanitaria no facilita el recurso o viceversa.

5.2.2. Recursos dependientes de IIPP

Se ha hablado del perfil típico de este tipo de enfermos, describiéndolos como enfermos complejos por la cronicación de sus trastornos, la combinación de distintas patologías, los factores socio familiares desfavorables, la gravedad de sus síntomas, la inadaptación de sus comportamientos, la tendencia a conductas violentas, la resistencia al tratamiento y finalmente por su sujeción a las resoluciones judiciales, fruto de sus responsabilidades legales. Todo este conjunto de elementos, hace del manejo de estos casos, un verdadero desafío para los equipos terapéuticos. Todos los expertos están de acuerdo en que solamente con la coordinación interinstitucional será posible que en estos casos, este proceso llegue a buen término.

En primer lugar, estos pacientes presentan unas necesidades derivadas de su situación judicial, entre otras, la obligación de permanecer en una institución cerrada hasta que el tribunal del que dependen no diga lo contrario, así como la obligatoriedad de mantener un flujo de información adecuada y actualizada del equipo terapéutico con el juzgado y la institución penitenciaria, último responsable del cumplimiento de la sentencia. Precisamente, esta coordinación persigue adaptar las condiciones del proceso rehabilitador del internado, al riesgo de reincidencia delictiva, pudiendo éste acceder a recursos de menor contención a medida que ese riesgo se minimiza.

Los dispositivos que más se ajustan a estas necesidades asistenciales, si acudimos a la organización de estos servicios en la comunidad, serían los recursos con camas de subagudos, los de camas para rehabilitación psicosocial, y para casos muy concretos y muy poco frecuentes, los de camas para larga estancia. En ningún momento el tribunal exige que la sentencia se cumpla en una institución penitenciaria, pero si los servicios

⁷¹ Secretaría General de IIPP. 2021. Documento Interno.

de salud comunitarios no facilitan camas para este tipo de asistencia, la última responsable de la ejecución de la sentencia será el servicio penitenciario. Por otra parte, conviene no olvidar que todas las sentencias de personas con enfermedad mental que se han judicializado, tienen un tiempo tasado de ejecución, que aunque pueda ser largo, incluso de años, en función de la evolución de su recuperación, nunca es indefinido. Así lo establece el artículo 6.2 CP. Si estos pacientes tampoco tienen acceso fácil a los recursos psico-sociales más abiertos, IIPP también deberá disponer de plazas en mini residencias y pisos compartidos adaptados para estos usuarios.

La rehabilitación psicosocial es una prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud⁷². Es por tanto, una función y una responsabilidad de la que los servicios de salud mental comunitarios no pueden quedar excluidos. Cuando, además, está establecida y regulada en una sentencia, en la que la ley da a la institución penitenciaria, la última responsabilidad de que esa rehabilitación se lleve a cabo, la disponibilidad de recursos adecuados para materializarla, se convierte en una obligación para la Secretaría General de IIPP.

Por tanto los servicios penitenciarios se encuentran ante la necesidad de disponer de camas de recursos hospitalarios de salud mental en régimen de internamiento, que, si atendemos a las corrientes actuales sobre edificios con características óptimas para la rehabilitación de la salud mental, serán necesariamente estructuras que albergan a grupos pequeños de pacientes, en diferentes módulos, de arquitectura asimilable a pequeñas residencias, que se deben organizar en espacios terapéuticos propios y aislados entre sí. Cada módulo o pequeña residencia independiente, se puede especializar en el abordaje de las diferentes patologías, y síntomas característicos de las distintas fases evolutivas que caracterizan a estos casos, siempre complejos de pacientes⁷³.

El objetivo final de toda rehabilitación es conseguir la máxima autonomía del paciente, en el entorno terapéutico de menor contención, que sea compatible con el mínimo riesgo de reincidencia, lo que algunos autores llaman situación de “óptima calidad de vida”⁷⁴.

En conclusión, puesto que una significativa proporción de personas con enfermedad mental que se han judicializado, necesitan dispositivos asistenciales cerrados durante un periodo de tiempo que en ocasiones puede ser largo, es importante que se alcancen unos adecuados estándares de calidad de vida, que faciliten la aceptación y colaboración del paciente en su tratamiento.

Se han desarrollado instrumentos de medida de esta calidad de vida en estos pacientes, siguiendo la teoría de la Función de Producción Social (SPF) que integra las fortalezas de las teorías psicológicas relevantes y las teorías de producción económica del consumidor, identificando dos objetivos finales que todos los seres humanos bus-

⁷² Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boe núm. 222.

⁷³ Babalola, O.; Gormez, V.; Alwan, NA.; Johnstone, P.; Sampson, S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3.

⁷⁴ Schel, SHH.; Bouman, YHA.; Bulten BH. Quality of Life in Long-Term Forensic Psychiatric Care: Comparison of Self-Report and Proxy Assessments. Archives of Psychiatric Nursing 29 (2015) 162-167 (En línea consultado mayo 2021 disponible en: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/60119.pdf>)

can optimizar (bienestar físico y bienestar social) para lo que se describen cinco metas instrumentales:

- 1.- Estimulación sensorial y emocional.
- 2.- Confort, entendido como comodidad y bienestar material.
- 3.- Estatus social del paciente en su entorno.
- 4.- Autoafirmación y autoestima.
- 5.- Capacidad de relación afectiva.

Uno de los cuestionarios más usados para medir estos índices es el FQL (Forensic inpatient QoL questionnaire) diseñado específicamente para los pacientes judicializados. Con este cuestionario, se pretende evaluar la calidad del tratamiento recibido por un lado, junto al riesgo de recidivismo, por otro. Mediante esta herramienta podemos medir la idoneidad de un dispositivo asistencial de manera objetiva⁷⁵.

El dispositivo de rehabilitación psiquiátrica para pacientes judicializados más novedoso y cuyo desarrollo marcó un antes y un después en este tipo de recursos cerrados, fue el desarrollado por el gobierno italiano. Esta propuesta se inició en 2008, cuando el Estado Italiano transfirió la responsabilidad de toda la asistencia sanitaria penitenciaria al Ministerio de Sanidad, incluidos los hospitales psiquiátricos forenses, que eran responsabilidad del Ministerio de Justicia. De esta forma, el titular de la asistencia médica de la población general y de la judicializada, se convirtió en la misma administración, evitando cualquier posibilidad de discriminación por razones de gestión. El consenso social y político necesario se alcanzó después de que el Consejo de Europa realizara una advertencia de violación de derechos humanos a Italia, por el deplorable estado de los psiquiátricos penitenciarios y la deficiente asistencia que recibían los enfermos allí internados⁷⁶.

El nuevo modelo de hospital forense que se propuso fue el REMS (Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza). Se trata de una propuesta para satisfacer las necesidades de un tratamiento intensivo y de calidad a los enfermos en régimen de internamiento, basándose en un régimen inspirado en las comunidades terapéuticas. Es lo que se ha dado en llamar el Modelo de Trieste. Las REMS son pequeñas unidades de 20 camas, con medidas de contención basadas por un lado, en elementos físicos poco visibles propios de una seguridad pasiva, en una ratio generosa de personal terapéutico por paciente, y finalmente en un procedimiento cuyo objetivo principal es el de recuperar a los enfermos, para una vida en sociedad lo más autónoma posible, no de mantenerlos simplemente encerrados durante el tiempo que dura la sentencia. Para conseguir este objetivo, se aplican programas individualizados de tratamiento,

⁷⁵ Ellen, C.W. Vorstenboscha, Yvonne H.A. Boumana*, Peter C. Brauna and Erik B.H. Bultena, Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2014. Vol. 2, N° 1, 335-348, <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.894890>

⁷⁶ Vorstenbosch, E.; Castelletti, L. Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety *Front Psychiatry*. 2020 Apr. 3; 11: 258. doi: 10.3389/fpsy.2020.00258. eCollection 2020.

diseñados de forma personalizada para cada paciente, en relación con sus características psicosociales y la naturaleza de su comportamiento delictivo. Los esfuerzos terapéuticos se encaminan principalmente, al reconocimiento del trastorno por parte del enfermo, a facilitarle la comprensión de sus consecuencias, a actuar para conseguir la reducción de los síntomas, facilitar el acercamiento a las redes sociales y familiares, y a reforzar la alianza terapéutica.

Estas tareas son especialmente complejas si pensamos en un perfil de enfermo generalmente cronicado, con episodios de abuso de drogas, deterioro funcional de su vida de relación, conducta marginal que incluye en muchas ocasiones comportamientos violentos, comorbilidad, episodios de autoagresión, elementos conductuales aprendidos propios de la institucionalización prolongada, frecuente asociación de trastornos de personalidad, y/o discapacidad intelectual.

El programa de tratamiento debe incluir, además de las necesidades terapéuticas, las necesidades de seguridad que la condena establezca. De hecho, tradicionalmente los dispositivos forenses han puesto especial interés en la reducción del riesgo de reincidencia, y por lo general los programas de tratamiento se han dirigido a eliminar los riesgos de comportamiento delictivo, sin embargo, en los últimos años algunos autores defienden las terapias basadas en el trabajo sobre necesidades más globales de los pacientes, que incluyan también las no criminogénicas⁷⁷.

El índice de “calidad de vida” del paciente en la práctica, puede utilizarse como un indicador de medida de la bondad de un dispositivo asistencial psiquiátrico. Podemos definir este indicador de calidad de vida como la sensación subjetiva de bienestar y satisfacción, experimentado por pacientes en sus condiciones de vida actuales. Estas condiciones incluyen la valoración de aspectos físicos de la vida diaria del interno, como la manera de cumplir con las rutinas de la institución, elementos psíquicos como la adecuación de las emociones y del bienestar psíquico del enfermo, aspectos sociales, como la habilidad de relación con el resto de internados y de participación en las actividades, así como la percepción subjetiva del propio estatus de salud y bienestar vital. La mayor parte de los autores relacionan, de manera directamente proporcional el constructo “calidad de vida”, con la salud, por tanto, a mayor calidad de vida experimentada por un internado en estos dispositivos, cabe esperar un mayor índice de recuperación de su salud^{78 79}.

Algunos autores advierten también que el índice de calidad de vida percibido está en relación con las necesidades de tratamiento satisfechas por el plan terapéutico del paciente^{80 81}. Si no se abordan las principales necesidades asistenciales que el paciente

⁷⁷ Segal, A.; Daffern, M.; Thomas, S.; Ferguson, M. Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *Int. J. Ment Health Nurs* (2010) 19: 223-30. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x.

⁷⁸ Long, CG.; McLean, A.; Boothby, AJ. Factors associated with quality of life in a cohort of forensic psychiatric in-patients. *Br. J. Forensic Pract.* (2008) 10: 4-11. doi: 10.1108/14636646200800002

⁷⁹ Vorstenbosch, ECW.; Bouman, YHA.; Braun, PC.; Bulten, EBH. Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care. *Health.*

⁸⁰ Castelletti, L.; Lasalvia, A.; Molinari, E.; Thomas, SDM.; Straticò, E.; Bonetto, C. A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: Clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* (2014a) 24: 274-81. doi: 10.1017/S2045796014000602.

⁸¹ Talina, M.; Thomas, S.; Cardoso, A.; Aguiar, P.; Caldas de Almeida, JM.; Xavier, M. CANFOR Portuguese version: Validation study. *BMC Psychiatry* (2013a) 13:157. doi: 10.1186/1471-244X-13-157.

percibe como más problemáticas para su bienestar, su salud no mejorará, y por ello es importante también colocar de manera central, el papel del paciente al diseñar y ejecutar el programa de rehabilitación. Con ello, también se consigue mayor adherencia terapéutica. Esta es la filosofía de las REMS.

En los primeros estudios que evalúan los resultados de este modelo, se utiliza este índice de percepción de calidad de vida de los internos junto a una herramienta para evaluar las necesidades terapéuticas de los pacientes, el Camberwel Assessment of Need (CANFOR)⁸². En las REMS, los pacientes internados presentan un número menor de necesidades terapéuticas no resueltas y un mayor índice de percepción de calidad de vida, si los comparamos con los pacientes de los hospitales psiquiátricos forenses convencionales.

Parece, por consiguiente, que los modernos recursos psiquiátricos forenses deberían acercarse hacia este modelo, dispositivos de escasa capacidad, orientados hacia las necesidades terapéuticas globales de los pacientes y no solo a las que propiciaron su comportamiento delictivo, centrados en el enfermo y en la percepción de su calidad de vida como indicador del nivel de salud mental.

También se han estudiado, en nuestro país, otros índices de calidad del entorno psiquiátrico forense, esta vez, desde el ángulo de la teoría de la calidad aplicada a los servicios sanitarios, iniciada en EEUU en 1974 por Institute of Medicine de la National Academy of Sciences⁸³, que define calidad en otra de sus acepciones, la referida a instalaciones que cumplen con las expectativas para las que fueron creadas, en concreto la enuncia como “el grado en que los servicios de salud, destinados a los individuos y a las poblaciones, aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales”. Siguiendo esta línea dentro la Teoría de la Gestión de la Calidad surgida en los años noventa del siglo pasado.

De esta forma, la evaluación de los dispositivos sanitarios de media y larga estancia se convierte en una ciencia basada en el análisis de determinados indicadores, la descripción de oportunidades de mejora de esos indicadores y su reevaluación en el denominado “ciclo de mejora continua”⁸⁴.

En noviembre de 2011, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, en colaboración con la Fundación Avedis Donavedian⁸⁵ publicó los resultados de un estudio sobre indicadores de calidad de los hospitales psiquiátricos dependientes de IIPP. Durante dos años, dos equipos de trabajo, uno por parte del Hospital Psiquiátrico de Fontcalent y otro por parte del Hospital Psiquiátrico de Sevilla, integrados por técnicos especialistas en calidad asistencial, psiquiatría forense y gestión hospitalaria,

⁸² Thomas, S.; Harty, MA.; Parrott, J.; McCrone, P.; Slade, M.; Thornicroft, G. The Forensic CAN (CANFOR). A Needs Assessment for Forensic Mental Health Service Users. (2003).

⁸³ Kohn, L.; Corrigan, J.; Donaldson, M (eds). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington. Institute of Medicine. 1999 (En línea consultado en mayo 2021) disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>

⁸⁴ García Mata, JR.; Barrasa Villar, JI. Sistemas de Calidad y Mejora Continua - Introducción a la calidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2007 (En línea consultado en mayo 2021) Disponible en: <https://silo.tips/download/sistemas-de-calidad-y-mejora-continua>

⁸⁵ FUNDACIÓN AVEDIS DONAVEDIAN (en línea consultado en mayo 2021) Disponible en: <https://www.fadq.org/nosotros-2/>

realizaron una descripción y monitorización de 19 indicadores de calidad de ambos establecimientos, lo que sirvió para mejorar sus estándares de calidad⁸⁶.

Como hemos dicho, el Modelo de Salud Mental Comunitario constituye el tratamiento de referencia de las personas con TMG. Este modelo tiende a resolver los problemas de salud mental dentro de la comunidad en la que el individuo vive, es un compromiso asistencial con una población determinada, es un modo de trabajar con los recursos sanitarios y socio-comunitarios y es un derecho de todo ciudadano que necesite servicios de atención de Salud Mental sean sanitarios o sociales.

Los principios del Modelo Comunitario son⁸⁷:

- El núcleo de la atención está en la comunidad, frente a la institución.
- Organización territorializada y tratamiento próximo al paciente.
- Atención a la totalidad de la población con diversidad de servicios desde un mismo sistema.
- La continuidad de cuidados con equipos multidisciplinares y la vinculación de los servicios sanitarios y sociales.
- Participación ciudadana, énfasis en la prevención y programas con exigencia de evaluación.

En un intento de conectar la asistencia de las personas con trastorno mental grave con este modelo, sobre todo en lo que se refiere a evitar la desconexión comunitaria, los servicios penitenciarios utilizan las Unidades Puente de los CIS. Estos programas de intervención mejoran la etapa de reinserción social, pero también son útiles en la etapa en la que los enfermos acaban de entrar en contacto con la administración de justicia por un delito menor, unas denuncias de la familia o del entorno, respecto a conductas inapropiadas, o por un reiterado comportamiento que, sin ser constitutivo de delito, indica una desadaptación social. En esta fase de la judicialización de la enfermedad mental, es mucho más eficiente que exista un mecanismo de interrelación interinstitucional para la detección temprana, el diagnóstico correcto y la evaluación del trastorno mental grave de alto riesgo. Cuanto antes se reconduzca la enfermedad al camino socio-asistencial apartándolo del camino judicial, mejor.

Por tanto, puede decirse que la Unidad Puente, es el dispositivo que IIPP pone a disposición del resto de administraciones para facilitar el intercambio de información necesario para gestionar la atención del grupo de personas con enfermedad mental en riesgo de judicialización, en cualquier etapa de su carrera psico-socio-judicial.

5.3. Acceso a recursos asistenciales al final de la condena

Una vez terminado el periodo de condena a menudo es necesario que las personas con enfermedad mental grave judicializadas e ingresadas en dispositivos penitencia-

⁸⁶ INDICADORES DE EVALUACIÓN PARA HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS. Madrid. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. 2011. Documento interno.

⁸⁷ MF. Bravo, D. Aparicio, C. Cuevas, B. Díaz, M. Eguigaray, J. Fuente, A. Mateos, MA. Moré, A. Ozámiz, F. Pérez, AE. Sánchez. "Marco de referencia". En "Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad" pp. 7-10. AEN, Cuadernos Técnicos 4. Madrid. 2000.

rios se deriven a dispositivos de salud mental de la comunidad, ya sea ambulatorios, de media estancia o incluso de larga estancia.

Si hablamos de internos que están cumpliendo su sentencia en centros penitenciarios comunes, es decir que han sido declarados culpables del delito por el que fueron juzgados, la parte final de su condena está orientada a desarrollar en el penado, todas las habilidades que le van a permitir una mejor adaptación a la vida en comunidad, pasando desde el internamiento en el llamado segundo grado de clasificación penitenciaria, a una clasificación en semilibertad: el tercer grado de cumplimiento, que se hace efectivo en centros penitenciarios específicos, los Centros de Inserción Social (CIS).

Por lo general, en estos casos, se producía una anomalía en el paso a este grado. Estos internos, al estar incluidos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión, (PAIEM), estaban en una situación de especial seguimiento y control, y por tanto con una alta dependencia de los servicios penitenciarios asistenciales, lo que se convertía en un obstáculo para su acceso a la clasificación en tercer grado al considerarse un salto excesivamente brusco hacia un estado de ausencia de supervisión que impera en los Centros de Inserción Social (CIS), destino natural de los penados en tercer grado. A este hecho se une que, en la última evaluación del PAIEM⁸⁸, se observó que, a pesar de que se seguían los procedimientos recomendados por el programa, contactando con entidades sociales y sanitarias con el tiempo de antelación suficiente, el éxito en la derivación adecuada de los casos que cumplían condena y salían a la comunidad apenas suponía el 30%. La consecuencia era que la mayor parte de los internos, una vez en libertad, carecían de contacto con los recursos asistenciales, con el alto riesgo de evolución negativa de su enfermedad que eso supone.

Por esta razón, se puso en marcha en 2014, un nuevo programa encaminado a mejorar estos índices de derivación adecuada de los enfermos al final de su condena, el Programa Puente de Mediación Social⁸⁹. Este programa es la continuación del PAIEM, con una estructura de equipo asistencial multidisciplinar, orientado sobre todo, a la canalización de los enfermos hacia el sistema de rehabilitación sociosanitario de la comunidad.

Estos Equipos o Unidades Puente sólo operan desde los CIS y en la última evaluación, se demostró que mejoran los índices de derivación adecuada hasta alcanzar un 80% de los casos de enfermos que se excarcelan⁹⁰. Entre otras razones, porque su trabajo en los CIS facilita el acceso de los enfermos PAIEM al tercer grado, y porque

⁸⁸ EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS OBTENIDOS POR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL (PAIEM). Madrid. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. 2013. En línea (consulta junio 2017) disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Evaluacion_PAIEM.pdf

⁸⁹ Programa Puente de Mediación Social. Subdirección General de Coordinación de Sanidad. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid 2014. En línea (Consulta junio 2017) disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf

⁹⁰ Evaluación del Programa Puente de Mediación Social. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Ministerio de Interior. 2015. Documento interno.

permiten así, de forma temprana, un mayor y mejor contacto con los recursos extrapenitenciarios de la comunidad, lo que garantiza un proceso de enlace más sólido con los servicios de salud mental cuando les llega la libertad.

La estrategia de las Unidades Puente es facilitar desde la Institución Penitenciaria, una oportunidad de coordinación para que el resto de administraciones que tienen responsabilidades en el manejo de estos pacientes, intercambien la información que permita al menos, la conexión de estos enfermos con el recurso de la comunidad que van a necesitar para mantener su salud mental. El Programa Puente de Mediación Social va encaminado a consolidar un equipo multidisciplinar que trabaje desde los CIS con el objetivo de coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que la persona con enfermedad mental, sobre la que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga disponibles todos los recursos comunitarios a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria.

La experiencia de un programa piloto de similares características que se había puesto en marcha en junio de 2010, con el equipo de profesionales del Centro de Inserción Social Victoria Kent de Madrid y la Fundación Manantial, permitió que, en mayo de 2014, se implantara el Programa Puente en una primera serie reducida de CIS y en 2015, se extendiera a un total de 19 Centros de Inserción Social, para progresivamente estar disponible en todos los CIS.

En el último trimestre de 2015, se realizó una evaluación del proceso de implantación del programa, con unos resultados que indicaban una mejora clara en la tasa de derivaciones adecuadas a los dispositivos comunitarios de internos con enfermedad mental grave que habían finalizado su condena, como ya se ha dicho. El programa facilita el traslado a los CIS desde el PAIEM, de los enfermos en la última fase de su condena y bajo la supervisión del equipo multidisciplinar de las Unidades Puente, en especial de miembros del equipo procedentes de entidades del tercer sector con amplia experiencia en rehabilitación y una adecuada implantación en la comunidad, progresivamente se enlaza al paciente con el recurso comunitario para asegurar una adecuada alianza terapéutica que asegure una continuidad a la derivación.

Entre los datos que aportó la evaluación de las Unidades Puente, volvió a aparecer la coordinación interinstitucional como un elemento esencial en la mejora de los resultados de derivación adecuada a la comunidad, de personas con enfermedad mental grave que terminan su condena. El intercambio de información es esencial para evaluar correctamente las necesidades asistenciales del enfermo, su encaje con los recursos disponibles en los servicios socio-asistenciales y el seguimiento por parte del juzgado del que depende el paciente.

5.4. Historia de los hospitales psiquiátricos penitenciarios en España

En nuestro país, las reformas sobre la asistencia psiquiátrica en la población general desde los años 80, han configurado un contexto que ha transformado los modelos de atención en salud mental, pasando desde el recurso asilar cerrado, a la terapia comunitaria, y modificando así mismo la forma de analizar y valorar la problemática y posibilidades de rehabilitación del enfermo mental. Hoy se puede hablar del desarrollo de un modelo de Atención Global que, desde una perspectiva comunitaria,

pretende ofrecer todo un abanico de posibilidades de intervención para rehabilitar al enfermo, acercándolo a su entorno social.

En nuestra legislación, está contemplada la existencia de *centros psiquiátricos penitenciarios* con los que en definitiva el legislador pretende minimizar el riesgo de reincidencia a causa de la enfermedad y para ello asegurarse, mediante la sentencia, de que el enfermo debe recibir un tratamiento de su trastorno mental de igual calidad que el que estaría disponible para cualquier otro paciente de la comunidad.

En la sociedad actual, existe una unanimidad, al menos teórica, sobre la necesidad de procurar al delincuente con una enfermedad mental, una atención médica especializada adecuada a su condición patológica, lejos de los antiguos paradigmas simplemente segregadores. Sin embargo, las víctimas siempre quieren que los que cometen delitos, independientemente de su condición mental, reciban una pena en forma de prisión, a pesar de que se pueda demostrar, como así es, que para evitar la reincidencia existen en muchos casos medidas más efectivas que el encarcelamiento, la rehabilitación del enfermo proporciona una mayor seguridad que el simple encierro.

Esto es especialmente frecuente en 7 de cada 10 delincuentes que sufren trastornos mentales y/o adicción a drogas y que se benefician de programas apropiados en su comunidad, lo que evita la reincidencia de conductas delictivas de baja intensidad, por las que en el pasado resultaban condenados con mayor frecuencia⁹¹.

En la actualidad, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, son los establecimientos penitenciarios llamados *especiales* en el ordenamiento jurídico español, porque cuentan con mayores medios asistenciales que un establecimiento penitenciario ordinario, aunque mantienen el alto potencial de contención y control de una prisión, entre otras razones, porque estructuralmente, y por lo general, fueron en etapas anteriores, dedicados al cumplimiento de penas privativas de libertad para reclusos comunes.

Hoy estos edificios se destinan, por ley y con carácter exclusivo, a albergar a personas con enfermedad mental sentenciados a medidas de seguridad privativas de libertad, por aplicación de una circunstancia eximente o semieximente de responsabilidad criminal; enfermos que han cometido un delito y han sido declarados inimputables en diferente grado y sentenciados a ser custodiados hasta su curación y/o a la desaparición de las circunstancias que pudieran poner al sujeto en riesgo de volver a delinquir a causa de su enfermedad (peligrosidad), todo ello siempre por un tiempo limitado en la sentencia, que como máximo, será igual al que le hubiera correspondido a un reo como pena de privación de libertad si hubiera sido declarado culpable del delito juzgado (artículo 6.2 CP).

La actual responsabilidad que IIPP tiene para manejar una concentración de patología psiquiátrica en las instituciones penitenciarias debe hacer reflexionar a la sociedad, en sintonía con la conclusiones del Defensor del Pueblo expresadas en uno de

⁹¹ Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098694 (Consulta julio 2019).

sus últimos informes anuales⁹² *“El tratamiento del enfermo mental en prisión, tanto en sus centros especializados como en las prisiones ordinarias, debe dejar de ser un reto que la Administración penitenciaria afronte casi en solitario, a ser responsabilidad de los poderes públicos en su conjunto en la medida en que se ha evitar que los procesos de recorte del gasto público limiten la adopción de aquellas medidas que son necesarias para mejorar la situación de estas personas enfermas y privadas de libertad y exige una participación más activa de las administraciones autonómicas competentes”*.

En el momento actual, el debate sobre dónde deben cumplir las sentencias los enfermos que cometen algún delito del que no son considerados culpables desde el punto de vista jurídico y por tanto condenados a medias de seguridad, lo resuelve el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio que en su art. 20 que señala: *“las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes por razón de la materia y del territorio”*. En sus arts. 21 y 22 también señala la competencia expresa de la Administración Penitenciaria para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria.

La ley no establece la necesidad inexcusable de que los enfermos no imputables ingresen en dispositivos asistenciales dependientes de la Institución Penitenciaria, que, por su naturaleza arquitectónica, estructural y de objetivos, están destinados siempre a la máxima contención, aislamiento y seguridad, pero sin embargo el legislador sí traslada a esta administración la competencia de la ejecución de las sentencias.

El ordenamiento legal, evitando la exclusividad de los recursos penitenciarios, permite la opción de utilizar dispositivos en los que el binomio contención vs rehabilitación, que resulta siempre inversamente proporcional (a mayor contención, menor capacidad rehabilitadora y viceversa), pueda modularse mejor en función de la sintomatología del enfermo. La persona con enfermedad mental judicializada puede así tener acceso a programas más rehabilitadores en entornos de menor contención, si existe un pronóstico de bajo riesgo de reincidencia. En estos casos, los recursos no dependientes de instituciones penitenciarias, más integrados en la sociedad, legalmente, pueden utilizarse para el cumplimiento de las medidas terapéuticas acordadas en la sentencia. Sin embargo, en caso de que no exista disponibilidad de estos recursos, inevitablemente el enfermo deberá ocupar una plaza de un dispositivo penitenciario, donde como se ha dicho, prima la contención.

La posición del dispositivo penitenciario como “último recurso”, en la práctica se desvirtúa por la ausencia de plazas en la comunidad, pasando a ser el dispositivo preferente al que los juzgados acuden. De hecho, el 51% de los ingresos de 2015 en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, fue para cumplir medidas seguridad de 3 años o menos de duración (de las que el 32% no llegaban al año), usándose, por los sentenciadores, un recurso de larga estancia como ese, ante la ausencia de recurso alternativo más adecuado.

⁹² Informe Anual del Defensor del Pueblo 2011 p 123 . En línea (Consulta junio 2017) disponible en: www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/contenido_1333980819943.html

A lo largo de la historia, la institución penitenciaria ha dispuesto de edificios heredados de antiguos conventos, cuarteles o prisiones, para la atención sanitaria de las personas con un trastorno mental grave que cumplen una sentencia de privación de libertad. La institución penitenciaria nace para la integración de los delincuentes en la sociedad, por una parte, y para la corrección de conductas sociales desviadas mediante la retribución del delito a través de la pena de privación de libertad, por otra.

En los establecimientos penitenciarios, la seguridad debe ser previa a cualquier otra actividad reeducadora por lo que el buen orden y el control, es una de sus finalidades más claras. Así lo establece la ley.

Sin embargo, la ley también da a esta Institución la última responsabilidad en la asistencia y rehabilitación de aquellos enfermos que han sido condenados a un periodo de internamiento tras la comisión de un delito, durante el cual el tribunal sentenciador quiere asegurarse de que reciban el tratamiento psiquiátrico que precisen para que el riesgo de reincidencia sea el menor posible. Esa doble responsabilidad que la Institución Penitenciaria recibe de la sociedad, aparentemente contradictoria, rehabilitadora y de seguridad, punitiva y asistencial, le obliga a hacer un esfuerzo estructural y de organización para disponer de recursos adecuados a la tarea encomendada.

Hoy en día, dispositivos asistenciales como los hospitales psiquiátricos llamados forenses en los países de nuestro entorno, hospitales psiquiátricos penitenciarios en el ordenamiento jurídico español, unos dispositivos asistenciales asilares, están en contra de la vigente corriente rehabilitadora que establece el tratamiento ambulatorio como el más adecuado para la recuperación del enfermo mental y por tanto, cada vez son más escasas las plazas para ingresar en los servicios de salud mental comunitarios. A pesar de esto, incluso el terapeuta más entusiasta de esta corriente antiasilar, admite que hay momentos de la evolución de la enfermedad en los que el paciente no es capaz de vivir de forma independiente, debiendo ingresar en un dispositivo cerrado, como etapa previa para adquirir las capacidades necesarias para su incorporación social plena.

Los dispositivos cerrados dependientes de la Administración de Justicia en otros países, o de la Administración Penitenciaria en el caso de España, son los recursos en los que recae en último término el cumplimiento de las sentencias judiciales y han venido a cubrir las necesidades de internamiento por imperativo judicial.

Desde los años 80 del siglo pasado, en los países de nuestro entorno, la corriente terapéutica comunitaria ha evolucionado hacia la reducción de la oferta asilar, año tras año. Aunque se ha apostado por tratamientos más integradores en el medio social más próximo al enfermo, al reducirse la oferta de camas en los hospitales psiquiátricos monográficos en régimen de internamiento, se ha producido una doble consecuencia; en primer lugar, los modelos de terapia basados en instalaciones cerradas se han estancado en su evolución como recursos terapéuticos, por otra parte se ha reducido la alternativa asistencial no penitenciaria, especialmente para aquellos casos en los la seguridad no es ni necesaria ni útil en el proceso rehabilitador.

En paralelo, una consecuencia de la concentración de casos judicializados en los hospitales forenses ha hecho que se produzca una especialización de estas unidades en el tratamiento de este tipo de pacientes, que generalmente presentan perfiles ca-

racterísticos, definidos por su complejidad. Se han convertido, por tanto, en lo que la legislación sanitaria denomina centro de referencia o “centro sanitario que dedica fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías”.

Este tipo de hospitales vienen regulados en el R.D. 1302/2006 sobre acreditación de hospitales⁹³, de acuerdo con un enfoque de planificación de conjunto en desarrollo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que reconoce a todos los usuarios del Sistema el derecho a acceder a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva y con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que para la atención de aquellas patologías que por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización, se requiere concentrar, en un número reducido de centros, los casos a tratar o las técnicas, tecnologías o procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos, a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales. El texto legal habla, concretamente, de enfermedades en las que es esencial, para su adecuada atención, una experiencia que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad, y que además, atendiendo a la relación coste-efectividad de su asistencia y a los recursos disponibles, se precise la concentración de un número mínimo de casos.

En definitiva, se trata de establecimientos destinados al manejo de enfermedades que por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención, lo cual no sólo implica atención continua del paciente en el centro, servicio o unidad de referencia, sino que además este podría actuar como apoyo para confirmación diagnóstica, definición de las estrategias terapéuticas y de seguimiento y como consultor para las unidades clínicas que habitualmente atienden a estos pacientes.

Los hospitales psiquiátricos que fueron creados al amparo de esta legislación, concentraban los casos más graves de patología mental del área de salud correspondiente. Por tanto, los hospitales psiquiátricos forenses, para enfermos judicializados, tienen también su razón de ser en este ordenamiento legal, agrupando con criterios de coste-eficiencia aquellos casos que necesitan de un tratamiento especializado y dando igualdad de oportunidades de acceso a esa terapia a todos aquellos enfermos que lo precisan en el conjunto del Estado.

Si nos remontamos en la historia, estos dispositivos asilares tienen su origen en el siglo XIV en las iniciativas del religioso Joan Gilabert Jofré (1350-1417). Este valenciano perteneciente a la orden mercedaria, fundada para la liberación de cristianos cautivos de los musulmanes, había realizado múltiples misiones de rescate en tierras islámicas, lo que le daba probablemente la ocasión de ver cómo se trataba a los alienados en el mundo musulmán. Allí no se les veía como endemoniados, lo cual era habitual en aquella época en el mundo cristiano, sino que eran tratados como verdaderos pacientes, sujetos a trastornos somáticos, dentro del conocimiento derivado de la tradición hipocrática, de la que el mundo árabe fue fiel continuadora. Jofré fundó

⁹³ REAL DECRETO 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

un hospicio (hospital) denominado de los Santos Mártires Inocentes para enfermos mentales en el año 1409, con el objeto de recoger a los “*pobres dementes y espósitos*”. Se construyó en Valencia un edificio hospitalario bajo la advocación de “Nuestra Señora de los Inocentes”, cuya edificación fue aprobada por el Papa Benedicto XIII y el rey Martín I de Aragón. Dicho hospicio se convertiría con el paso de los siglos, en el actual Hospital General Universitario de Valencia.

En la historia del tratamiento de la salud mental de personas condenadas por los tribunales de justicia, no se ven avances significativos en Europa hasta cuatro siglos después, en 1838, cuando Jean Etienne Dominique Esquirol, alumno predilecto de Pinel, el médico francés precursor de la psiquiatría, escribe su tratado de la enfermedad mental, “*Maladies Mentales*” donde en un capítulo se ocupa específicamente de los locos en las cárceles francesas concluyendo que han llegado allí precisamente a causa de su enfermedad. En Inglaterra hay documentado también un establecimiento específico para locos delincuentes ya en 1816.

España, que podía vanagloriarse a finales del siglo XVIII no sólo de ser la precursora de la asistencia psiquiátrica de enfermos judicializados, sino de realizarla a un nivel muy alto, sufre un grave deterioro de la misma, a causa de la guerra de la independencia. Hasta la segunda mitad del XIX, apenas hay nada relevante en nuestro país, que tenga relación con la psiquiatría que empieza a realizarse en Europa⁹⁴.

El precedente inmediato de los Establecimientos Psiquiátricos Penitenciarios es el Manicomio o *Casa de Dementes* de Santa Isabel de Leganés que se habilita en 1851, a partir de un viejo convento. Según su Reglamento Orgánico, aprobado por Real Decreto de 12 de mayo de 1885, este Manicomio era un establecimiento general de beneficencia dependiente del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, *destinado al cuidado y tratamiento médico moral de los enajenados* (art. 2), *siendo los acogidos, bien pobres, bien pensionistas* (art. 3). El asilo se dividía en *cuarteles* diferentes para hombres y mujeres cada uno de los cuales se subdivide en departamentos independientes dedicados *a observación, a enfermos sujetos a Tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes* (art. 90). En este establecimiento, surge una importante idea fuerza que marcará en el futuro el manejo de estos pacientes: “*El tratamiento de los enfermos mentales no puede basarse en la contención*”.

En 1886, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, las protestas por la acogida de pacientes judicializados eran cada vez mayores lo que al final, provocará la expulsión de estos dementes reclusos. Se improvisó entonces un edificio de forma provisional en la Enfermería del Penal del Puerto de Santa María.

La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico era patente, ya no sólo por las consideraciones éticas de separar delincuencia y enfermedad, cada vez más consolidadas en la sociedad de la época, sino también por una razón práctica: los inconvenientes regimentales derivados de la convivencia en las cárceles ordinarias de enfermos y sanos. Ambos motivos se ponen de manifiesto por el Real Decreto de 1897. Donde se dice en su Exposición de Motivos:

⁹⁴ Barrios Flores, L.F. Un siglo de psiquiatría penitenciaria Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000; 1: 23-30 35.

“Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que no obstante haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriamente reclusos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran”.

En el Real Decreto de 1885 se recoge que los enfermos mentales que hubieran delinquido, podían cumplir sentencia en un manicomio civil, incluso podían quedar al cuidado de sus familias si se trataba de un delito menor, y en cualquier caso podían cumplir sentencia en un *Hospital-Penitenciaria*, que lamentablemente nunca se pudo construir por falta de presupuesto. En su lugar, se habilitó un pabellón en el penal de El Dueso, junto a otro en el penal del Puerto de Santa María para hombres y otra dependencia para mujeres, en la prisión de mujeres de Alcalá. Paralelamente se intenta que los presos enfermos, cumplan condena en los hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones provinciales, sin mucho éxito.

Durante el régimen republicano, el edificio que con anterioridad estuviera destinado a Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, donde había un pabellón para mujeres con problemas de salud mental, será destinado ahora en su totalidad al llamado Hospital Psiquiátrico Judicial.

Tras la Guerra Civil, en 1943, se crea el Hospital Central Penitenciario en Madrid y a finales de 1944, anexo al mismo, comienzan las obras del Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel que en palabras del entonces Director General de Prisiones era *“una suntuosa fábrica construida con los más refinados adelantos de la técnica frenicomial”*.

Anexo a la Prisión de Mujeres de Ventas, en Madrid, tres años después se construye un edificio donde en un primer momento, se prestaban servicios clínicos no psiquiátricos, aunque poco después pasaría a denominarse Prisión Clínica Psiquiátrica Penitenciaria de Mujeres, destinándose de forma monográfica a la salud mental de enfermas reclusas.

En el Código Penal de 1995, se hace mención al establecimiento psiquiátrico, de deshabitación o educativo especial (art. 96.2 CP que sigue actualmente vigente), para referirse al lugar de cumplimiento de sentencias de personas con enfermedad mental que han sido declaradas no imputables.

Con la puesta en marcha del vigente Reglamento Penitenciario de 1996, se cierra el Hospital Psiquiátrico que funcionaba en el complejo de Carabanchel y se concentra el tratamiento de estos enfermos en dos nuevas instalaciones con estructura de corte carcelario pero con un objetivo asistencial, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante inaugurado en 1983 y el de Sevilla en 1990, este último aprovechando un edificio pensado para albergar un departamento de internas en régimen penitenciario ordinario.

Con independencia de lo que la legislación establece respecto a la utilidad y conveniencia de que este tipo de recursos forenses existan, hay una creciente polémica nacida de la controversia entre los que explican la existencia de estos dispositivos y los que están convencidos de su ineficacia rehabilitadora y de su necesaria desapari-

ción. Estamos hablando de dispositivos penitenciarios y podríamos, por tanto, hacer extensiva esta polémica a la razón de ser de las prisiones, un tema más allá de los objetivos de este trabajo. Pero estamos hablando también de hospitales, de personas con enfermedad mental grave y del hecho de que la Institución Penitenciaria sea la responsable última de su rehabilitación y tratamiento, algo que sí tiene que ver con el objetivo divulgador y de reflexión de este estudio.

En conclusión, puede decirse, a día de hoy que, a pesar de que la administración sanitaria penitenciaria está alineada con la corriente de la psiquiatría comunitaria que defiende el cierre de los dispositivos asistenciales asilares en favor de los recursos ambulatorios y de corta estancia, por su mayor potencial rehabilitador, también es un hecho que la actual legislación, traslada la responsabilidad del cumplimiento de las medidas de seguridad, privativas y no privativas de libertad a la Institución Penitenciaria, si bien no impide que se cumplan en dispositivos comunitarios extra-penitenciarios.

En la última década, se han hecho esfuerzos, por parte de los recursos penitenciarios, para implicar a los Servicios de Salud mental sociosanitarios con el fin de que faciliten plazas comunitarias a los enfermos judicializados, sin éxito, salvo en el País Vasco, Navarra y Cataluña. El resto de CCAA, no han asumido la responsabilidad de atender a estos enfermos en dispositivos propios. Por tanto, y a menos que el legislador no establezca lo contrario, los servicios penitenciarios siempre deberán estar en disposición de ofrecer a los tribunales, recursos asistenciales de media y larga estancia, en régimen de internamiento, para los casos en los que estos recursos no estén disponibles en los servicios sociosanitarios no penitenciarios.

Una obligación añadida es que estos recursos se actualicen desde el punto de vista estructural y de organización, para adaptarlos a la oferta comunitaria, de acuerdo con las últimas corrientes rehabilitadoras, lo que para una organización no sanitaria como la Institución Penitenciaria supone un reto añadido.

La adecuación de estos recursos, generalmente muy especializados, y su acceso igualitario a los pacientes judicializados de todo el Estado, determinará su estructura, que debe cumplir estándares de eficiencia y coste-efectividad, según la legislación vigente prevista para los centros asistenciales de referencia, en los que se convierten estos dispositivos, tanto por volumen de enfermos como por experiencia terapéutica.

5.5. Las posibilidades rehabilitadoras de una institución psiquiátrica cerrada

La rehabilitación de estos enfermos que comienza después de ser sentenciados rehabilitadoras no confían en los regímenes asilares como instrumentos recuperadores de la salud mental y el ingreso psiquiátrico en régimen cerrado es una obligación impuesta por los tribunales, bien es cierto que siempre limitado en el tiempo, y con el objetivo principal de evitar la reincidencia de la conducta que ha merecido reproche jurídico.

A pesar del rechazo del régimen asilar, se sigue investigando en los a una medida de seguridad, y que se inicia en régimen de internamiento, se enfrenta a una contradicción que se ha puesto de manifiesto en otras secciones de este trabajo. Las vigentes

corrientes elementos rehabilitadores de las instituciones cerradas⁹⁵. Dado que la recuperación debe comenzar para muchos enfermos en entornos cerrados, debe buscarse el modo de hacerlos lo menos aislados posible, diseñando espacios físicos terapéuticos con capacidad sanadora⁹⁶. Al tiempo, deben ser capaces de proporcionar a cada enfermo el programa terapéutico que necesita.

El perfil los pacientes judicializados, siempre complejo, obliga a seguir programas de rehabilitación personalizados y ejecutados en grupos pequeños; esta combinación de características determina que los dispositivos asistenciales deberán ser de una capacidad reducida de usuarios y con instalaciones muy especializadas, capaces de dar respuesta a cada una de las distintas necesidades asistenciales de cada perfil.

La ciencia que estudia el efecto ambiental sobre las emociones evolucionó desde la psicología, y se está desarrollando cada vez con mayor fuerza. La existencia de la Psicología Ambiental se reconoció plenamente a finales de la década de 1960, al identificar el vínculo entre el comportamiento humano y sus entornos físicos, tanto naturales como contruidos. Se trata de una ciencia multifactorial de la que surgen ramas más especializadas, como la psicología arquitectónica, la socioarquitectura, la geografía del comportamiento, la sociología ambiental, la ecología social y la investigación del diseño ambiental, todas ellas dirigidas al estudio directo de la relación entre un entorno y su influencia sobre sus habitantes.

Una de las razones para la emergencia de la Psicología Ambiental y más en concreto, de la psicología arquitectónica, fue el trabajo del grupo de Ittelson y Proshansky en Nueva York a finales de los años 50 sobre el efecto del diseño de los Hospitales Psiquiátricos en la conducta de los pacientes⁹⁷. Las conclusiones de estos autores y de los especialistas que posteriormente han seguido profundizando en este campo de la ciencia, se han tenido en cuenta para diseñarlas necesidades arquitectónicas de los dispositivos de salud mental en todo el mundo.

La base de la psicología arquitectónica es aprovechar el efecto psico-social que los espacios producen sobre la conducta y las emociones de las personas, para que ese entorno forme parte del procesoterapéutico⁹⁸.

A finales del siglo pasado, en distintas partes de Europa se produjo también una iniciativa bajo la inspiración de Foucault, que condicionó la arquitectura de los servicios sanitarios contribuyendo a su humanización. Una de las principales recomendaciones era ya la limitación del número de camas de los hospitales psiquiátricos, y la disminución el tamaño de sus edificios, para huir de los pabellones a gran escala⁹⁹.

⁹⁵ Barrios, LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2007; 100: 473-500.

⁹⁶ Sepideh Olausson, Ella Danielson, Inger Berglund Johansson, Helle Wijk. The meanings of place and space in forensic psychiatric care - A qualitative study reflecting patients' point of view *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2019 Apr.; 28(2): 516-526.

⁹⁷ Ittelson W.H. Some factors influencing the design and functions of psychiatric facilities, Progress Report, Brooklin College, (1960).

⁹⁸ Bonnes, M.; Bonaiuto, M.; Fornara, F.; Bilotta, E. Environmental Psychology and Architecture for Health Care Design Chapter - January 2009. En línea: <https://www.researchgate.net/publication/303923211> (consulta febrero 2020)

⁹⁹ Victoria Bates 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *DESIGN FOR HEALTH*, 2018. VOL. 2, Nº. 1, 5-19. <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>

Desde los años sesenta, tanto en Norteamérica como en Europa, siguiendo en parte estas corrientes arquitectónicas, se han cerrado los grandes hospitales psiquiátricos y se han establecido unidades hospitalarias locales de menor tamaño. La opinión clínica sobre si los pacientes con enfermedades mentales deben permanecer en el hospital durante meses y años o solamente por pocas semanas, ha cambiado. Actualmente, en los países desarrollados, la estancia hospitalaria es relativamente corta y los grandes hospitales psiquiátricos o asilos para largas estancias, ya casi han desaparecido.

En toda Europa occidental, los departamentos psiquiátricos cerrados se construyen únicamente para un número pequeño de casos con trastornos mentales graves y/o alto grado de dependencia¹⁰⁰.

Asimismo, la noción de peligrosidad para referirse a la conducta inadecuada de algunos de estos pacientes heredada de la criminología, ha evolucionado hacia el concepto de riesgo de comportamiento violento, que tiene unas connotaciones menos punitivas. Si hablamos de aquellos enfermos a menudo graves, que se han judicializado y han sido declarados no responsables de un delito y condenados a un internamiento hospitalario, en muchos casos de varios años, es especialmente importante convertir ese ingreso en una oportunidad para abrir un proceso terapéutico de recuperación de la salud mental, con frecuencia negado antes de la sentencia, huyendo de la confusión entre internamiento psiquiátrico e internamiento penal.

Una de las corrientes inspiradoras de la psiquiatría comunitaria en Europa es lo que se ha dado en llamar el Modelo de Trieste, según el cual, la organización arquitectónica de las Unidades forenses de Salud Mental no sólo debe orientarse en el ámbito clínico, según el modelo tradicional del Hospital Psiquiátrico de larga estancia, sino en el ámbito BIO-PSICO-SOCIAL, afrontando las diferentes caras del sufrimiento psíquico. La intervención debe basarse en la continuidad de cuidados, utilizando también profesionales no-médicos, especialmente en las etapas de rehabilitación próximas a la salida del centro.

A pesar de que estas instalaciones se basan en el aislamiento, la búsqueda siempre de alternativas a la hospitalización y el desarrollo de programas reinsertadores personalizados a nivel domiciliario y comunitario, inspirados en el Modelo Asertivo Comunitario, es una constante en estos dispositivos. Se trata de un recurso cerrado cuya visión está permanentemente orientada al exterior. En definitiva, la actuación se basa en una terapia de escuchar, motivar, y hacer juntos el camino. Para ello, es preciso activar, involucrar y sostener redes reales de apoyo entorno al paciente (familiares, amigos, colegas, voluntarios... y otros servicios no específicos, trabajando desde una atención intersectorial, sanitaria especializada, de apoyo social, facilitador de vivienda, de trabajo conjunto con ONGs, de inserción laboral, etc, en definitiva, abordando de manera multifactorial todos los ámbitos de curación social, física y psicológica.

El centro de salud mental para enfermos judicializados debe ser por tanto una institución cerrada, que paradójicamente debe trabajar para permitir un tratamiento desinstitucionalizador de sus internos; para ello, debe cubrir las necesidades cambian-

¹⁰⁰ Babalola, O.; Górmex, V.; Alwan, NA.; Johnstone, P.; Sampson, S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. N.º.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3.

tes y diversas de las personas que se encuentran ingresadas, y evitar que sus procesos se cronifiquen por una respuesta inadecuada de la sociedad. Se trata de que sus instalaciones permitan un proceso terapéutico en el que estos ciudadanos-pacientes tengan voz directa, arriesgándose los terapeutas con ellos en un proceso que esté ideado para el cambio.

Este trabajo continuo y cercano con personas con trastornos mentales graves es más difícil y duro que sencillamente encerrarlas sin más, perpetuando el rechazo social que tradicionalmente producen estos enfermos. En ese tránsito, la organización general de todas las estructuras del recurso asistencial debe configurarse para ayudar en el proceso.

DISPOSICIÓN DE LOS ESPACIOS

Para ello, lo ideal es una disposición polimodular de los espacios, con edificios pequeños de unas dimensiones que no excedan de las 50 plazas, zonas terapéuticas independientes y organizadas de acuerdo con los distintos programas y niveles de intervención.

En los recursos de media y larga estancia, hay pacientes que tienen ingresos cortos pero frecuentes (“pacientes con ingresos hospitalarios rotativos”), y otros que, a pesar del tratamiento, tienen una estancia hospitalaria prolongada (“pacientes nuevos con estancia prolongada”).

En la literatura científica no se encuentran diferencias entre estos dos tipos de patrones de ingreso hospitalario, ni respecto a la evolución de su salud mental, ni en el riesgo de muerte. Sin embargo, sí hay diferencias significativas en el funcionamiento social a favor del modelo de hospitalización de estancia corta (menor de 28 días). Este tipo de asistencia con hospitalizaciones breves, no promueve un patrón de “ingresos hospitalarios rotativos” ni una atención inconexa o deficiente en la comunidad después de abandonar el hospital. Estos pacientes tienen más probabilidades de salir del hospital en la fecha de alta planificada y posiblemente mayores oportunidades de encontrar empleo.

La psiquiatría comunitaria, en consonancia con estos datos, promueve que el peso de la asistencia de las personas con enfermedad mental grave se haga fuera de instituciones cerradas, destaca la importancia de los recursos comunitarios para mantener al paciente en su medio social y pondera la necesidad de conservar la continuidad de los cuidados en la atención del enfermo mental crónico. El objetivo de este movimiento, ha sido promover la adecuación de los recursos asistenciales en la comunidad para que sean capaces de cubrir las necesidades de los pacientes, para así poder sustituir la asistencia en los hospitales psiquiátricos asilares desplazándola hacia los recursos sanitarios normalizados^{101 102 103 104}.

¹⁰¹ Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001; 322: 724-7.

¹⁰² Muir Gray JA. Postmodern Medicine. *Lancet* 1999; 354: 1550-3.

¹⁰³ Roberts, RE.; Clifford Attkisson, C.; Rosenblatt, A. Prevalence of Psychopathology among children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155: 715-25.

¹⁰⁴ Desviat, M. La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones. *Psiquiatría Pública* 2000; 12: 119-22.

Sin embargo, hoy en día, en opinión de una porción creciente de profesionales de la salud mental, este desplazamiento al exterior no ha sido posible debido a la escasez y poca idoneidad de los recursos disponibles en la comunidad para un determinado tipo de pacientes, que además resultan ser los más vulnerables a la judicialización. Se trata de un grupo de enfermos graves, afortunadamente no muy numeroso, que se estima en torno al 1% de todas las personas con enfermedad mental grave, con escasos recursos económicos, red social precaria o inexistente, escasa conciencia de enfermedad y escaso seguimiento por parte de los servicios de salud que, a falta de recursos más especializados, o bien permanece al cuidado de sus familias, cada vez de una manera más inestable, o bien acaba ingresado en recursos psiquiátricos de larga estancia, o incluso, por desgracia, en unidades psiquiátricas de una prisión al haber realizado algún comportamiento ilícito, estadio final de un camino de desatención y marginalidad.

La falta de recursos específicos en la comunidad para este perfil de pacientes es una situación endémica, no sólo en España, sino en toda Europa. Probablemente, entre otras razones, porque la especificidad de los cuidados que estos enfermos necesitan, obliga a los Gestores de Salud a disponer de un número de plazas que resultan muy poco coste-efectivas, al tratarse de dispositivos muy especializados, para pacientes con una ratio poco numerosa entre la población general.

En nuestro país, la administración penitenciaria, desde hace años, viene insistiendo ante las autoridades sanitarias responsables de la asistencia especializada en la población, sobre la falta de recursos para atender y detectar a este perfil vulnerable de enfermos mentales, entre los que se encuentran los porcentajes más altos de judicialización.

Salvo escasas excepciones, como en el caso de las CCAA de Cataluña, Navarra y País Vasco, no se ha hecho ningún esfuerzo por dotar a los servicios de salud mental comunitarios de recursos específicos para este tipo de pacientes. A pesar de que la Institución Penitenciaria no tiene competencias en asistencia comunitaria de problemas de salud mental, sí las tiene en asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad derivadas de sentencias que condenan a este tipo de enfermos a recibir un tratamiento en régimen de internamiento involuntario. Esta responsabilidad se ha venido ejerciendo, por parte de la sanidad penitenciaria, en instalaciones convertidas en recursos sanitarios, pero sin una estructura arquitectónica específicamente planificada para la asistencia a este tipo de enfermos mentales, en ocasiones, incluso ni concebidas para servir como instalación sanitaria, debido a que se ha tratado de edificios que fueron usados como antiguas prisiones. Estos recursos, a pesar de las reformas estructurales y de personal realizadas, hoy en día, presentan importantes carencias derivadas de esa ausencia de elementos estructurales con vocación terapéutica.

Es momento ya para que los gestores reflexionen sobre la necesidad de que estos enfermos puedan tratarse en recursos pensados para ello desde su concepción arquitectónica, para que desde el internamiento impuesto por los tribunales, se utilicen elementos estructurales sanadores identificados por las más modernas corrientes de atención a la salud mental. Aprovechar la oportunidad de sustituir los viejos y obsoletos edificios donde actualmente se alojan los enfermos mentales judicializados, por nuevos centros con espíritu desinstitutionalizador, en el que se trabaje desde el momento del ingreso del paciente para dotarle de las capacidades de reinserción, que

le permitan abandonar la institución lo antes posible, cumpliendo con las medidas terapéuticas y de seguridad que la administración de justicia le haya impuesto en sentencia.

El modelo de centro psiquiátrico más aceptado en la actualidad, el de Trieste, utiliza edificios o módulos de pequeña capacidad, independientes y dedicados, desde el punto de vista funcional y estructural, a un perfil determinado de paciente, asemejándose a una Comunidad Terapéutica. Tanto para las personas que se encuentran en una fase más compleja y menos adaptada dentro de su programa rehabilitador, como para los que son capaces de convivir con más independencia en régimen de habitaciones de pisos compartidos, pasando por diferentes espacios rehabilitadores donde se traten los diferentes síntomas de su proceso mental de manera especializada.

A cada una de las diferentes necesidades asistenciales de estos enfermos le corresponde un espacio ideal para su abordaje, un entorno sanador que ayudará al proceso terapéutico. Esos entornos deben tener una parte de arquitectura interior y otra exterior, con detalles técnicos de diseño y distribución de las salas en los edificios, teniendo en cuenta el perfil clínico de las personas a las que va dirigida la asistencia. La psicología arquitectónica recomienda unas determinadas condiciones de espacios y materiales que deben combinarse con las necesidades de seguridad y control propias de una instalación cerrada capaz de una alta contención.

El estudio de diferentes instalaciones comunitarias dedicadas al tratamiento de perfiles complejos de personas con trastornos mentales graves, como es el caso de los judicializados, nos permite concluir que existen agrupaciones de determinados pacientes que se benefician de instalaciones comunes en función del tipo de necesidades que presentan, unas necesidades que además son cambiantes a lo largo de la evolución de su proceso mental. Podríamos dividir los pacientes en tres grandes grupos: agudos y/o descompensados, complejos, y estabilizados y/o rehabilitados.

Podríamos a su vez clasificar las instalaciones en módulos independientes para la atención de cada uno de estos perfiles: Módulo para personas en crisis aguda, Módulo para personas con cuadros complejos y trastornos múltiples, y Módulos de personas en recuperación de autonomía personal y de viviendas compartidas.

En todos ellos es preciso contar con puestos de vigilancia y control, tanto de personal de seguridad como de personal asistencial, más presentes en los módulos destinados a enfermos en crisis y descompensados. Es siempre necesaria una seguridad pasiva reforzada que, en el interior de los edificios, en el exterior y el perímetro, que se realice mediante cámaras. Con elementos paisajísticos y de arquitectura capaces de limitar los movimientos sin ser agresivos a la vista. Todas las salas deben facilitar la convivencia terapéutica y el contacto con el exterior, en el que se cuida que el entorno fomente un contacto amable con la naturaleza.

Las dimensiones y disposición de los espacios deben cambiar en los edificios en función de los programas de rehabilitación específicos para cada perfil, con una mayor disponibilidad de zonas interiores controladas para los casos más desestabilizados y al contrario, para las personas más recuperadas, instalaciones menos supervisadas, más exteriores y similares a las que se van a encontrar al finalizar su programa rehabilitador, como podrían ser viviendas compartidas o miniresidencias.

1) Módulo de personas en crisis aguda

Este módulo debe destinarse a cualquier interno que en el curso de su proceso terapéutico, experimente una fase de crisis y descompensación de su proceso mental. Al contrario de lo que ocurre en el resto de los módulos residenciales del recurso asistencial, las crisis agudas son una situación que se puede presentar de forma repentina y que por definición es transitoria, aunque no de resolución inmediata, por lo que la estancia media de los pacientes en esta instalación se prevé que sea de entre unos días a pocas semanas. Este recurso acogería internos de cualquier módulo residencial donde se encuentren siguiendo su programa terapéutico. Las necesidades estructurales en los que deben tratarse este perfil de enfermos son por tanto las siguientes:

- 1.- Características arquitectónicas que faciliten la supervisión directa, la contención, la prevención de comportamientos violentos auto o heterodirigidos.
 - a. Espacios siempre supervisados con cámaras o visión directa.
 - b. Ambiente con baja estimulación.
- 2.- Interiores terapéuticos
 - a. Pasillos y salas que inviten a la serenidad, la contención y la protección del enfermo.
 - b. Tamaño de las celdas adaptado a las necesidades de los enfermos.
- 3.- Lugares de paseo y de actividades al aire libre.
 - a. El módulo debe disponer de jardines alrededor del edificio, únicamente para a los enfermos alojados en él, del que tampoco puedan salir sin supervisión.
- 4.- Como el resto de los módulos se debe conseguir un ambiente donde el diseño de los espacios promueva la relajación, la confianza y el bienestar, lo que ayuda a la estabilización de este tipo de enfermos¹⁰⁵, todo ello combinado con la supervisión permanente de los pacientes.

2) Módulo de personas con cuadros complejos y trastornos múltiples

Definición de necesidades estructurales

Las personas con trastornos duales o triales, sufren comportamientos alterados en los que se combinan síntomas de dos o más patologías de su salud mental. Esto representa una dificultad añadida en el correcto seguimiento de su programa terapéutico. Una psicosis junto a abusos de sustancias psicoactivas, o un trastorno de personalidad, a los que se añade en ocasiones un déficit intelectual de distinto grado, es una combinación que puede verse con relativa frecuencia entre las personas con una enfermedad mental que se han judicializado. Las necesidades estructurales de los recursos en los que deben tratarse este perfil de enfermos son las siguientes:

- 1.- Características arquitectónicas que faciliten la supervisión directa, la contención, la prevención de comportamientos violentos auto o heterodirigidos.

¹⁰⁵ Drahota, A.; Ward, D.; Mackenzie, H.; Stores, R.; Higgins, B.; Gal, D.; Dean, TP. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. N°.: CD005315. DOI: 10.1002/14651858.CD005315.pub

Espacios siempre supervisados con cámaras o visión directa

- 2.- Salas de crisis: en las que puedan seguirse terapias agudas ante descompensaciones bruscas de sus cuadros.
 - a. Episodios de comportamiento inadecuado.
 - b. Descompensaciones graves.
- 3.- Instalaciones interiores para las terapias individuales y de grupos reducidos.
 - a. Salas de tamaño reducido (20 personas máximo) de estar y de terapia.
- 4.- Interiores terapéuticos.
 - a. Pasillos con amplias entradas de luz.
 - b. Tamaño de las habitaciones adaptado a las necesidades de los enfermos.
- 5.- Lugares de paseo y de actividades al aire libre
 - a. El módulo debe disponer de suficientes metros cuadrados de jardines alrededor del edificio para los enfermos alojados en él, utilizables siempre con supervisión.
- 6.- Como el resto de espacios terapéuticos, se debe conseguir un ambiente donde el diseño del entorno promueva la relajación, la confianza y el bienestar, todo ello combinado con el control permanente de los pacientes.

3) Módulos de personas en recuperación de autonomía personal y de viviendas compartidas

Uno de los programas terapéuticos que se aplican en un momento más cercano a la salida del dispositivo asistencial, es el que prepara a los internos para la vida en un entorno de máxima autonomía personal.

Las necesidades estructurales de las unidades arquitectónicas destinadas a este programa vienen determinadas por una menor necesidad de supervisión directa, la existencia de espacios que faciliten la socialización y la puesta a prueba de habilidades para el desarrollo de la independencia social plena.

En este módulo se deben perfeccionar los programas de rehabilitación psicosocial enfocados hacia la mejora de la autonomía, la integración social y el manejo de la enfermedad en personas que generalmente se encuentran al final de su periodo de estancia en el dispositivo asistencial. Los espacios deben estar preparados para la interacción entre pacientes y terapeutas con una supervisión regulada en función de las habilidades para la vida diaria que cada interno sea capaz de desarrollar, hasta alcanzar competencias que le permitan la integración comunitaria y la inserción laboral.

En este módulo, se deben facilitar tanto zonas destinadas a alojamientos individuales como a viviendas compartidas, lo que permite ensayar el modelo de alojamiento en la comunidad para este tipo de enfermos. Aquellos que demuestren un mayor índice de integración social, ensayarán sus habilidades para la convivencia en pisos compartidos por pacientes y terapeutas. De esta forma, los internos que estén

próximos a terminar la medida, pueden familiarizarse con las habilidades necesarias para la convivencia en pisos tutelados, una vez que cumplan su periodo de privación de libertad.

Junto a unas instalaciones confortables, capaces de proporcionar un índice de calidad de vida adecuado, es decir, de satisfacer las necesidades terapéuticas globales en cada momento, los edificios deben estar orientados hacia el enfermo, permitiendo su participación en el proceso rehabilitador, creando en él un sentimiento de pertenencia a un colectivo, que a efectos rehabilitadores será su vecindario, incluso de integrarse en un grupo que en muchas ocasiones, para el enfermo es lo más parecido a una familia. Este entorno que debe ser percibido como un refugio, fuente de seguridad y confianza, proporciona al enfermo los elementos básicos sobre los que sustentar la adecuación de determinadas habilidades de relación con otros pacientes y con los terapeutas.

Un vecindario de protección debe complementarse con espacios exteriores diseñados para actividades terapéuticas y de ocio. Cada unidad asistencial debe ser un pequeño territorio que reproduzca la realidad de la vida cotidiana con espacios diseñados tanto para la privacidad como de socialización. En estas unidades, los pacientes pueden recibir atención terapéutica individualizada y progresiva, en un entorno lo más similar posible a la vida en comunidad. Por ello es importante que los pacientes puedan identificarse con su entorno, no sólo arquitectónico, sino también social.

Los principios generales de diseño de las habitaciones tienen que considerar las premisas de confort ambiental, acústico, control lumínico, accesibilidad para personas con movilidad reducida PMR, comodidad, serenidad e imagen.

El bienestar del recurso no se dedica solamente a los pacientes, sino que también se tienen en cuenta condiciones de confort para los puestos de trabajo de los profesionales. Por ello, tan importante es el diseño de los espacios terapéuticos, como de los de trabajo.

La comodidad para todos dentro del recinto, debe facilitar que se opere con “naturalidad” en unos espacios predominantemente terapéuticos, donde no esté menoscabada la capacidad de deambulación y la libertad de movimientos de los pacientes, manteniéndose además las necesarias medidas de custodia y seguridad.

6. Conclusiones

6. CONCLUSIONES

- 1.- Desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia, o número de casos de personas con enfermedad mental grave (TMG) que se judicializa, es mayor de la esperada, atendiendo al porcentaje de personas con estos trastornos entre la población general. Según los datos disponibles, un 2% de la población general padece TMG y, sin embargo, encontramos en torno a un 4% de TMG judicializados (TMGJ). Estamos por tanto ante el doble de lo esperado.
- 2.- Las razones para explicar este hecho, son múltiples, pero entre las que aparecen con mayor frecuencia en la bibliografía están, de manera principal: la desaparición de los manicomios como espacio que durante los dos últimos siglos han albergado a una gran cantidad de personas socialmente por el hecho de ser “problemáticas”, la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y los servicios sanitarios penitenciarios, una mayor vulnerabilidad ante la acción de la justicia de las personas con enfermedad mental, su deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales en la comunidad, y consecuente mayor riesgo de reincidencia. Todo ello se suma a la mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades crónicas entre los grupos más representados entre el colectivo penitenciario, los más desfavorecidos socialmente.
- 3.- En la actualidad, en nuestra sociedad hay una escasa conciencia del fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental; la creencia cultural más influyente en este momento genera más énfasis en la protección y en la seguridad de los ciudadanos y menos en el cuidado y la rehabilitación de estos enfermos. Esta creencia es alimentada en parte, por el tratamiento alarmista que los medios de comunicación dan a los delitos cometidos por personas con enfermedad mental.
- 4.- La judicialización, en la práctica supone el cruce entre el perfil clínico del enfermo y su perfil transgresor de la ley. Este último, complica la rehabilitación del primero y por tanto, cuanto antes se intervenga y se interrumpa la carrera delincinencial, mejor. La prevención mediante la detección temprana y la correcta derivación al recurso asistencial adecuado, es la actuación más eficiente que los servicios públicos pueden realizar para evitar que una persona

con enfermedad mental grave acabe cometiendo un delito a consecuencia de su trastorno mental. A día de hoy su detección es más fácil, porque disponemos de mayor información de las características socio-sanitarias de aquellos enfermos mentales más vulnerables a la judicialización, cuya protección debe priorizarse.

- 5.- Las personas con enfermedad mental en mayor riesgo de judicialización, son frecuentemente las que no tienen conciencia clara de enfermedad, con un proceso cronicado, muchas veces múltiple, que sufre etapas de agravación, quizá por entrar en contacto con drogas, con una escasa red social y familiar y que ha precisado ingresos previos en hospital, acaso con antecedentes judiciales por incidentes menores. Se trata de situaciones complejas, que acumulan diferentes necesidades socio-asistenciales y cuya solución depende de factores interrelacionados. Es muy difícil por ello encontrar un recurso capaz de resolver todas estas necesidades de manera simultánea. Las administraciones públicas, que normalmente abordan estos casos de modo aislado, sin compartir información sobre ellos, son incapaces de disponer de todos los recursos necesarios, y mucho menos de ir alternándolos en función del curso que tome la enfermedad, a veces más aguda, otras más estable, o de los avatares judiciales que estas personas con enfermedad mental suelen tener que afrontar en algún momento en la evolución de su proceso mental.
- 6.- La necesaria coordinación entre administraciones y en especial, entre servicios sociales y de salud mental y de estos con los tribunales de justicia, puede hacerse mediante un modelo de grupo de trabajo interdisciplinar, que se reúna de manera periódica y en el que cada representante sea el encargado de facilitar y compartir la información que cada administración necesita para actuar en cada caso. Estas comisiones, después del análisis de un número suficiente de personas enfermas, pueden llegar a crear protocolos de actuación para establecer procedimientos ágiles de colaboración entre cada administración.
- 7.- El seguimiento de estos pacientes más vulnerables implica una intervención mediante un modelo de gestión de caso, en el que la figura de “terapeuta mediador” entre los dispositivos de las distintas administraciones implicadas en la rehabilitación, es clave. La gestión individualizada del caso implica que todas las instituciones mantengan en todo momento un nivel adecuado de interrelación para conocer la evolución de su proceso rehabilitador y poder actuar en consecuencia según sus diferentes responsabilidades, con la necesaria diligencia.
- 8.- Es preciso actualizar determinados recursos asistenciales para que puedan atender a un perfil del paciente con múltiples necesidades, cambiantes en el tiempo y que requieren una actuación concurrente y multidisciplinar. Este es el perfil más vulnerable a la judicialización. En la actualidad, hay un déficit de este tipo de recursos en el mapa de los servicios sociales y de salud mental.

Especial importancia tiene la detección temprana de estas personas; hasta ahora, los modelos asistenciales comunitarios que más éxito han tenido con estas personas enfermas, son los que permiten las búsquedas activas, saliendo de los consultorios y acudiendo a los propios domicilios de los pacientes si

es preciso. La realidad es que este tipo de personas con enfermedad mental, requieren unos dispositivos que combinen una adecuada contención con unos medios asistenciales especializados capaces de proporcionar las condiciones para su curación y rehabilitación. Este tipo de recursos, en este momento, son muy escasos, y, por eso, una posible solución para estos enfermos es emplear todas las posibilidades asistenciales tanto las de corte más terapéutico como las de mayor contención que, hoy por hoy, dependen de diferentes administraciones. Para estos pacientes, se debería disponer tanto de recursos terapéuticos y de rehabilitación especializados, como de recursos en los que prime la contención y la vigilancia, en la proporción adecuada y en el momento preciso de evolución de su proceso mental, con la agilidad y la eficacia que requiere la actuación sobre estos cuadros, mediante una adecuada coordinación entre el sistema asistencial y el sistema judicial.

- 9.- Debe desarrollarse un programa de formación y sensibilización para profesionales de las diferentes administraciones implicadas en la detección y rehabilitación de estos casos. El desconocimiento de información básica es el origen de un importante número de actuaciones equivocadas de estos profesionales que dificultan e incluso impiden la recuperación de este grupo de pacientes. La importante estigmatización social que estas personas sufren se vería disminuida con la formación continuada de los responsables públicos encargados del manejo de estas situaciones, tanto en el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad, como en el campo clínico y en el judicial.
- 10.- Después de la Reforma Psiquiátrica, la tasa de camas en hospitales dedicados de manera monográfica a la atención de los problemas de salud mental sigue cayendo y no se piensa en una alternativa a la institución penitenciaria para los enfermos que necesiten este tipo de camas en el marco de un proceso judicial. Es evidente que en España, como en todos los países europeos de nuestro entorno, sería necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de un número adecuado de estas plazas. Al menos, para los enfermos que por mandato judicial, deban permanecer un tiempo en ellas, el tiempo preciso para su estabilización antes de acceder a recursos no asilares, con más potencial rehabilitador.
- 11.- El objetivo en estos casos es evitar un comportamiento delictivo, a menudo único y sorprendente, causado por la falta de detección de un proceso mental, frecuentemente por la ausencia de tratamiento y/o de seguimiento, que acaba en el rebrote de un proceso crónico.
- 12.- Si un delito ha sido cometido a consecuencia de un comportamiento causado por una enfermedad mental mal controlada, es evidente que para que no se repita, el castigo no es la solución, sino más bien, será el mejor control de la enfermedad. No debe tampoco confundirse una correcta derivación de una persona con enfermedad mental sometida al sistema judicial y penal, con una situación de impunidad. El cambio en una pena o en una medida de seguridad persigue la rehabilitación social y la evitación de la reincidencia, una vez que el tribunal considera que la prevención del delito, tanto particular como general, han sido cubiertas.

- 13.- Cuanto mayor sea el componente multidisciplinar de la nueva situación a la que se deriva al penado enfermo, mayor necesidad de coordinación, flexibilidad y agilidad debe perseguirse en las administraciones públicas para alcanzar la correcta senda que lleva a la rehabilitación, sobre todo en casos complejos, como son la mayoría de los pacientes que acaban en el sistema judicial. Todo ello teniendo además siempre en cuenta que esta decisión debe guardar un correcto equilibrio entre los derechos de delincuente, de la víctima y del conjunto de la sociedad, a la que se debe mantener dentro de unos niveles apropiados de seguridad.
- 14.- Merece especial interés al abordaje, desde un punto de vista jurídico, de nuestra legislación procesal a los efectos de poder acompañar las previsiones legales referidas a la detención y prisión provisional con la vulnerabilidad que, en muchas ocasiones, presentan las personas con una enfermedad mental y por tanto, las necesidades de atención sanitaria. Se hace necesario valorar adecuadamente la capacidad procesal que tiene la persona que se ve sometida a un proceso penal para garantizar el correcto cumplimiento de los derechos fundamentales recogidos en la Constitución, concretamente el derecho a la tutela judicial efectiva. La determinación judicial de la inimputabilidad y la imposición de una medida de seguridad cuando proceda, no debe ser la única solución de nuestro ordenamiento jurídico.
- 15.- La Institución Penitenciaria es la última, que no la única, responsable del cumplimiento de las sentencias de internamiento para rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental judicializadas. Que sea esta Institución la que deba tratar a estos enfermos mentales graves hasta que se extinga la medida de seguridad a la que fueron sentenciados, incluso sin que haya una clara razón de peligrosidad que justifiquen su internamiento, es una discriminación para el paciente hoy en día de muy difícil justificación por parte de los Servicios de Salud comunitarios.
- 16.- La falta de un recurso de la red sociosanitaria para estas personas judicializadas, en las mismas condiciones que para el resto de pacientes, puede entenderse como un triple fracaso, el de la justicia, ya que nada punible han hecho, el del sistema nacional de salud, que permite su doble estigmatización como enfermos mentales y como reclusos y finalmente, el fracaso de toda la sociedad en su misión defensora de los valores humanos.

Notas

Notas
