

**MARCO LEGAL DE LAS PERSONAS  
CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE  
Y MEDIO PENITENCIARIO:  
PROBLEMAS Y SOLUCIONES.**

Rosario Pilar Guedea Martín  
Magistrada-Juez del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria  
nº 6 de Andalucía con sede en Huelva

Nadie de los que trabajamos en el medio penitenciario ponemos en duda una cruda realidad: la población reclusa presenta una elevada tasa de patología mental. Así lo confirman los terribles datos derivados del Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario publicado en diciembre de 2006 por la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, llevado a cabo para tener un conocimiento actualizado sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica en las personas ingresadas en los Centros Penitenciarios dependientes de dicha Dirección General (excluyendo los dos psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Alicante) que permitiera, tras conocer el problema de la forma mas exacta posible, afrontarlo de manera conveniente y con estrategias específicas; De dicho estudio se derivaba:

-que uno de cada cuatro internos (25.6%) padece una patología mental, elevándose dicha cifra a uno de cada dos internos si incluimos antecedentes de abuso o dependencia de drogas.

-que más de 1.000 personas ingresadas en los Centros Penitenciarios tienen una discapacidad psíquica acreditada.

-y más del 50% de los internos tiene trastornos de personalidad.

Y si bien la población penitenciaria notoriamente incrementada desde la fecha del estudio (ha pasado de unos 55.000 internos a más de 77.000) ha modificado en los últimos años su perfil, por el elevado crecimiento del porcentaje de presos extranjeros, que alcanza ya casi el 40% de la población reclusa, es sin duda claro que persiste un elevadísimo número de personas ingresadas en los establecimientos penitenciarios que padecen algún tipo de trastorno mental.

La primera cuestión que cabe plantearse es **por qué ingresan** dichos “enfermos” en el centro Penitenciario; y la respuesta es clara: en la mayoría de los supuestos, la patología psiquiátrica, no ha sido la causa del delito sino que normalmente concurren una multiplicidad de factores (marginalidad, consumo de sustancias estupefacientes o alcohol, problemática familiar...) y casi siempre han fallado los sistemas de detección y tratamiento de enfermos mentales, la prevención y la asistencia socio-sanitaria, porque hay algo fácilmente apreciable: más de veinte años después de la reforma psiquiátrica que modificó la concepción “asilar” tradicional, la red sanitaria carece de dispositivos suficientes para la prevención, detección, tratamiento y seguimiento adecuado de las enfermedades mentales y dado que las unidades de agudos de los centros hospitalarios no pueden asumir funciones residenciales, los Centros Penitenciarios son actualmente la alternativa a la inexistencia de centros socio sanitarios asistenciales no penitenciarios.

## Pero **¿Cómo ingresan los enfermos mentales en un Centro Penitenciario (ordinario o psiquiátrico)?**

Por supuesto, vía judicial, en virtud de una sentencia o bien con carácter preventivo (con la discutible laguna legal existente cuando se acuerda el ingreso con carácter preventivo en un establecimiento psiquiátrico, supuesto no previsto en el Art. 184 del Reglamento Penitenciario y sobre el que no voy a extenderme, al no ser objeto de ésta ponencia).

Y cabe que en la sentencia se imponga una pena (pena privativa de libertad, prisión, que debe cumplirse necesariamente en un Centro Penitenciario) o bien una medida de seguridad, (internamiento en centro psiquiátrico, internamiento en centro de deshabitación o internamiento en centro educativo especial), según se aprecien o no circunstancias eximentes o atenuantes conforme a lo previsto en el Código Penal. Pero no siempre la existencia de una enfermedad mental implica la apreciación de dichas circunstancias; en algunos supuestos, aún concurriendo o bien no son procedentes, por estar absolutamente desligada la enfermedad mental del delito cometido (en el menor número de los supuestos) o bien no se acreditan, normalmente por notorias disfunciones del sistema judicial que afecta a todos los participantes en el proceso: ni el juez de Instrucción ni el Ministerio Fiscal ni el letrado defensor han solicitado las pertinentes pruebas periciales, llegando incluso a supuestos sangrantes en que ni siquiera se plantea su concurrencia, porque nadie en el proceso, especialmente el abogado a quien le ha sido encomendada la defensa del acusado, las ha puesto de manifiesto, incluso llegándose a una conformidad antes del juicio, que sitúa a mi parecer al enfermo mental en una situación de grave desprotección jurídica, y condenando además al absurdo a aquellas personas en las que concurriendo una multiplicidad de delitos (normalmente de carácter menos grave, que además son los más frecuentemente cometidos por los enfermos mentales, porque en los delitos graves, especialmente en los violentos, únicos generalmente y esporádicos en la vida de una persona, sí suele plantearse por alguna de las partes implicadas en el proceso, la posible concurrencia de una enfermedad mental), en algunas de las sentencias se les impone una pena y en otras una medida de seguridad, con el diferente régimen de cumplimiento que a priori conllevan (con las excepciones actuales en las que luego nos detendremos) que lleva incluso a internos a “peregrinar” desde el Centro Penitenciario en el que cumplen pena al Psiquiátrico Penitenciario para cumplir una medida de seguridad que les ha sido impuesta por otro órgano judicial, reingresando en el Centro penitenciario una vez finalizada dicha medida, para continuar el cumplimiento de la pena y así en más de una ocasión... situación que es fácilmente comprensible, no ayudará nada al tratamiento que sería necesario y adecuado para su dolencia.

Y también hay que poner de manifiesto otra realidad; el art. 101 del Código Penal no establece en modo alguno la obligatoriedad de que, una vez apreciada la concurrencia en una persona de la “anomalía o alteración psíquica” que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, se le imponga una medida de internamiento, en cuánto según el tenor literal de dicho precepto legal “al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad..., se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento...” y en todo caso, nunca se impone que el internamiento deba llevarse a cabo en un Psiquiátrico Penitenciario sino que, el internamiento tendrá lugar “en establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”, que normalmente debería ser un centro asistencial

no penitenciario que permitiera llevar a cabo el tratamiento adecuado a la enfermedad padecida por el sometido a medida; pero tristemente la elección actual del Centro no responde a una decisión meditada de los órganos judiciales sobre el grado de peligrosidad del sujeto, sino que se fundamenta únicamente en la ausencia de otro recurso disponible: la Administración carece de centros propios y ha desarrollado convenios únicamente en materia de drogodependencia, siendo la red sanitaria insuficiente para los enfermos con patología única e inexistente prácticamente para los enfermos con patología dual; es decir, que la Administración de Justicia, a fin de poder ejecutar la sentencia, opta por el ingreso del enfermo mental en el Psiquiátrico Penitenciario o más recientemente, en la teóricas Unidades Psiquiátricas Penitenciarias existentes en los Centros Penitenciarios Polivalentes, aunque dicho centro sea inadecuado a la patología padecida o innecesario, a la vista de la peligrosidad del individuo. Muchas veces parece que se trata de una “justicia defensiva” de los órganos judiciales, que tratamos de ejecutar las sentencias de cualquier manera, por una parte, para que no parezca que la Administración de Justicia queda desairada dictando sentencias que no se ejecutan y por otra, para eludir responsabilidades, que no siendo nuestras, si podríamos quizás exigir en mayor medida y dentro de nuestras posibilidades a las Administraciones competentes.

### **Y ¿Cómo viven los enfermos mentales en los establecimientos penitenciarios?**

#### En los Psiquiátricos Penitenciarios

Conforme al régimen de vida previsto en los artículos 183 y SS del Reglamento Penitenciario, teóricamente por ello, con un tratamiento mucho más terapéutico, aunque la realidad que todos conocemos sobre la situación actual de los dos únicos Psiquiátricos Penitenciarios que permanecen abiertos, es un grave hacinamiento de los pacientes, con un número de internos muy por encima de su capacidad y un insuficiente número de especialistas para llevar a cabo el adecuado seguimiento de los enfermos.

#### En los Centros Penitenciarios

La mayoría de los enfermos mentales vive como “penados”, es decir, sometidos a una pena de prisión y por ello al régimen ordinario de vida de los internos de dichos centros, con su clasificación penitenciaria en grados, haciendo vida en módulo y sólo una minoría (los que sufren patologías mentales mas graves), permanecen ingresados en la enfermería del centro; la asistencia psiquiátrica se presta por los especialistas correspondientes del Hospital de referencia, bien con salidas programadas de los internos a las consultas de salud mental (con los problemas que su conducción conlleva, por la falta de efectivos policiales y por la negativa de éstos al traslado de enfermos mentales si no se lleva a cabo el traslado en ambulancia o acompañado por personal sanitario) bien mediante la visita periódica que llevan a cabo los especialistas a los Centros Penitenciarios y que en la mayoría de éstos es totalmente insuficiente para atender a todos los internos afectados, en cuanto por ejemplo, en el Centro Penitenciario de Huelva se lleva a cabo dos miércoles al mes, con cuatro casos en cada sesión, con lo que la necesidad de atender a supuestos de descompensación o a valoración de nuevos casos, hace imposible, tanto la asistencia de enfermos con patologías menores como la revisión periódica que sería necesaria para una adecuada atención sanitaria a los pacientes, y que sólo se lleva a cabo transcurrido un largo periodo de tiempo, teniendo en cuenta por ejemplo, que en estos momentos en dicho Centro Penitenciario de Huelva

hay mas de 70 internos diagnosticados de enfermedad mental (18 de ellos ingresados en enfermería de forma habitual) y 37 personas con discapacidad mental reconocida. Cabe señalar también el problema de convivencia que muchos de éstos internos presentan, sometidos a presiones por sus compañeros de internamiento para obtención por ejemplo de su medicación o su dinero de peculio y con continuos conflictos con los funcionarios, insuficientemente preparados para tratar a enfermos mentales, siendo muchas veces sometidos a medidas coercitivas de aislamiento o sujeción mecánica, dando lugar a múltiples expedientes sancionadores que les hacen acabar residiendo en los módulos mas conflictivos del Centro.

Pero, además, recientemente ha comenzado a existir una nueva modalidad de vida en los centros Penitenciarios: la de aquellos internos que aún sometidos a medida de internamiento en un establecimiento psiquiátrico penitenciario según la sentencia que los absolvía, son destinados a Centros Penitenciarios comunes dada la situación de sobre ocupación ya mencionada que viene afectando a los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios sobrevivientes, situación que los órganos judiciales autorizan en la ficción mantenida por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la existencia de Unidades Psiquiátricas en los Centros Polivalentes, con garantías de una adecuada asistencia médica y de un posible tratamiento para la patología padecida . Esto lleva a dichas personas a un limbo jurídico, en cuanto hacen la misma vida que una persona condenada a pena privativa de libertad pero en cambio no pueden gozar de ninguno de sus beneficios: ni grados de clasificación, ni permisos ni libertad condicional, siendo además los Centros Penitenciarios reacios (alegando falta de profesionales adecuados, lo cual es cierto, sin duda) a la formación del Equipo Multidisciplinar previsto reglamentariamente (Art. 185) y que debería elaborar el programa terapéutico para la asistencia especializada que dichos pacientes precisan, que permitiría además de la revisión periódica de su situación personal, la elaboración de un programa real de actividades rehabilitadoras y de comunicaciones con el exterior y salidas terapéuticas. Y por supuesto si es difícil de entender tanto para el sometido a medida, como para el resto de los internos y para los funcionarios y profesionales del Centro que dos personas sometidas en la práctica a un mismo régimen de vida tengan un régimen jurídico tan diferente (por ejemplo, no se les podrán aplicar medios coercitivos mas que por prescripción facultativa, no les será de aplicación el régimen disciplinario, no podrán disfrutar de permisos....) imposible es su percepción y tratamiento como “pacientes” y no como internos. Este supuesto, que había tenido carácter muy excepcional hasta fechas recientes, comienza a ser frecuente en todos los Centros Penitenciarios (en Huelva hay actualmente al menos tres personas en dicho régimen) y está causando una honda preocupación en los Jueces de Vigilancia, que sin embargo no pueden adoptar medida legal alguna, al ser la fijación del Centro de cumplimiento competencia exclusiva del órgano judicial sentenciador y de la Administración Penitenciaria.

La hoy Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, tras las conclusiones del Estudio sobre Salud Mental antes mencionado elaboró en el 2007 el Programa Marco para la Atención Integral a los Enfermos Mentales en los Centros Penitenciarios, conocido como PAIEM, con la finalidad de desarrollar objetivos terapéuticos y de reinserción de los enfermos mentales ingresados en los Centros Penitenciarios, programa que partía de un

**1º/Programa de atención Clínica**, en cuya primera fase, de detección de los supuestos participaban todos los profesionales de Instituciones Penitenciarias (funcionarios, educadores, sanitarios...), con una segunda fase, de diagnóstico e instauración del tratamiento a cargo de los médicos del Centro o del psiquiatra consultor y una tercera fase de derivación hacia el

**2º/Programa de Rehabilitación** en tres niveles, dos de ellos con régimen de vida en módulo ordinario

- I- Pacientes Compensados, sin sintomatología y buena respuesta al tratamiento.
- II- Pacientes Parcialmente compensados, con síntomas que interfieren en el funcionamiento y respuesta parcial al tratamiento.  
Y el último nivel con régimen de vida en enfermería
- III- Pacientes Descompensados, con síntomas que interfieren significativamente en la integración en el medio penitenciario, con conductas de riesgo y mala respuesta al tratamiento.

Y para todos ellos se preveían una serie de actividades:

Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía personal

- Actividades de terapia asistida con animales
- Actividades formativo-laborales
- Actividades académicas
- Actividades de ocio, cultura, tiempo libre (deportivas, dibujo, jardinería, músico-terapia, yoga, cerámica....)
- Actividades de integración social y familiar (permisos...)
- Además de contar con internos de apoyo.

Y por último el

**3º Programa de Reinserción Laboral**, a fin de lograr la reincorporación social de los enfermos mentales y la derivación adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios, con implicación familiar, el apoyo de entidades y asociaciones y posibilitando judicialmente el cumplimiento en un centro adecuado fuera de la prisión.

Todo ello, claro está dentro de un proceso de larga duración, con necesaria coordinación entre los profesionales que intervienen en las distintas fases del programa, fomentando activamente la participación de las Instituciones competentes, para el desarrollo de programas conjuntos, la colaboración de las Asociaciones y entidades, en especial de familiares y amigos de enfermos mentales que trabajan para su integración en la sociedad.

Este Programa, sin embargo y tristemente, mas de dos años después de su elaboración no ha tenido plasmación alguna en la mayoría de los Centros Penitenciarios, siendo incluso desconocida su existencia en muchos de ellos.....

Y una vez que hemos visto como ingresan y como viven los enfermos mentales en los Centros Penitenciarios, cabe plantearse....

**Y ¿Cómo pueden salir?...**

Lógicamente, cumpliendo su pena o medida....aunque suene obvio...pero es la forma en la que la mayoría de los enfermos mentales salen de los centros: tras el

cumplimiento íntegro de su pena y/o medida, y normalmente abandonados a su suerte (es decir, a su problemática familiar, de drogodependencia, de falta de trabajo, y sin seguimiento controlado alguno del tratamiento médico que estaban llevando a cabo....) abocados con ello a la reincidencia y a un nuevo reingreso...

Pero también cabe que salgan antes.....al menos teórica y legalmente.....Así, en el supuesto de personas que se encuentran sometidas a una medida de seguridad, los arts. 97 y 98 del Código Penal prevén que los jueces de vigilancia eleven al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida al órgano judicial sentenciador debiendo valorarse por los Jueces de Vigilancia para emitir dicha propuesta (y en especial, si ha desaparecido la peligrosidad que en su día debió fundamentar la aplicación de la medida), los informes de los facultativos y profesionales que asisten al sometido a medida de seguridad y en su caso el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene (pe. informe médico-forense....). Pero a veces (muchas veces....) una vez formulados los informes, resulta clara la inadecuación del Psiquiátrico o del Centro Penitenciario para el cumplimiento de la medida (como ya en muchos supuestos resultaba en el informe inicial del Equipo Multidisciplinar o del médico forense) y el Juez de Vigilancia formula la pertinente propuesta.....que el juzgado o tribunal no va a poder aceptar, en cuanto su decisión inicial fue ya motivada por la falta de recursos y no por las necesidades asistenciales o de peligrosidad del sujeto...y si se acuerda la sustitución, puede devenir inejecutable por dicha falta de recursos, limitándose en su caso el juzgado o Tribunal a instar a la Administración para proporcionar el recurso adecuado y a recordar periódicamente la pendencia ....hasta que la medida se extingue por cumplimiento del periodo impuesto. La realidad es que solo aquellas propuestas de sustitución de medidas de internamiento que van acompañadas de un recurso específico ya previsto o que suponen una modificación de la medida de internamiento por la de tratamiento ambulatorio, a la vista de la evolución del paciente y cuando existen posibilidades reales de éxito (el paciente cuenta con apoyo familiar normalizado y normalmente con garantías de seguimiento por alguna asociación ) suelen prosperar, haciendo terroríficamente creíble ( que no cierto, dado que carezco de estadísticas) el dato que una vez leí.....que salen mas pacientes de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios por fallecimiento que por cambio de medida.....

Y en el supuesto de enfermos mentales condenados a pena privativa de libertad, cabe también que abandonen el Centro Penitenciario mediante los mecanismos que prevé el Reglamento Penitenciario, en tercer grado, incluso en el supuesto mas favorable del Art. 86.4, con control telemático o vía art. 182, para cumplimiento de la pena en una Unidad Extrapenitenciaria y cabría incluso admitir teóricamente una libertad condicional por enfermedad, valorando la dificultad para delinquir y la escasa peligrosidad del sujeto, si bien en la práctica no conozco ningún supuesto que se haya planteado.

Y cabe, por último, que el Juez de Vigilancia Penitenciaria aplique la suspensión de la ejecución de la pena, conforme al artículo 60 del Código Penal que prevé que "Cuando, después de pronunciada una sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria **SUSPENDERÁ LA EJECUCION DE LA PENA** privativa de libertad que se le hubiera impuesto garantizando que reciba asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad.....Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la

sentencia.....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” , procedimiento contradictorio que permitía al Juez de Vigilancia solucionar aquellos casos de enfermos mentales con patologías normalmente muy graves que o bien eran sobrevenidas a la imposición de la pena o bien, conforme a los fallos del sistema judicial ya expuestos con anterioridad, no habían sido apreciadas por el órgano sentenciador y que posibilitaba que al menos dichos pacientes con dolencias muy graves fueran derivados a los Psiquiátricos Penitenciarios, situación que ya no responde a la realidad, en cuanto, como hemos dicho, la Administración Penitenciaria puede optar por mantenerlo en el Centro Penitenciario, pero sometido a medida, con lo cual, la aplicación del Art. 60, hecha con intención de beneficiar al interno, le perjudicaría gravemente; Cabe por supuesto admitir la aplicación del Art. 60 y su derivación a un centro adecuado no penitenciario y esta quizás sería , en caso de existir los recursos socio-sanitarios precisos una de las oportunidades legales mas clara y fácil para derivar a los internos de los centros penitenciarios a dichos recursos.

Y dado que el título de la ponencia que me ha sido encomendada quiere resaltar los problemas con que se enfrentan los enfermos mentales en el medio legal, especialmente el penitenciario, trataré de sistematizar y sintetizar algunos aspectos de la problemática que la larga experiencia en órganos de la jurisdicción penal y penitenciaria me ha permitido apreciar.

1- La necesidad y la dificultad para los órganos judiciales sentenciadores de valorar la capacidad del acusado “para conocer la ilicitud del hecho” o “el sentido de la pena”, conceptos legales pero con un claro componente de psiquiatría, formación especializada de la que los jueces carecemos, contando en la mayoría de los casos únicamente (y eso, con suerte...) con un informe médico –forense, profesionales que no son especialistas en su mayoría en psiquiatría forense.

2- La necesidad y la dificultad para los órganos judiciales sentenciadores de valorar la peligrosidad del afectado por una enfermedad mental que ha cometido un delito; no existen profesionales capaces de emitir un diagnóstico científicamente razonable; además ¿que momento debe tenerse en cuenta para valorarla?¿el momento de los hechos? ¿o el del juicio y sentencia?...ó ¿el de la ejecución de ésta?, porque desgraciadamente, el retraso de la justicia hace que dichos momentos puedan estar muy lejanos en el tiempo y las circunstancias de la persona acusada pueden diferir notablemente de un momento a otro (por ejemplo, el enfermo mental puede encontrarse en el momento del juicio sometido a un tratamiento que no tenía en el momento de los hechos y con ello haber disminuido o incluso desaparecido su peligrosidad); por otra parte, una vez compensado el enfermo mental , es muy difícil prever los riesgos hipotéticos que supone...¿Cómo hacer un pronóstico mínimamente fiable de su futuro delictivo? y si deja de tomar la medicación, ¿existen riesgos de recidiva y por tanto de recaer en conductas previstas como delito...? posiblemente sí...pero ¿es el derecho penal el que tiene que procurar que tome su medicación, imponiéndole una medida o pena a fin de garantizar, que al menos durante el plazo de duración de ésta no abandone el tratamiento? ¿.. o es el sistema socio sanitario comunitario el que debería encargarse de ello?

3- La alarma social: existe un notorio rechazo social al enfermo mental, máxime en el supuesto de aquellos enfermos mentales que cometen delitos y por ello se consideran peligrosos (“un loco anda suelto”) y la opinión pública cree unánimemente que los enfermos mentales deben estar encerrados si han cometido un hecho delictivo, considerándolos mas delincuentes que pacientes; Y los jueces en su mayoría no escapamos a ésta consideración...especialmente en los tiempos que corren en que la “justicia defensiva” se ha hecho “necesaria”....si un juez, valorando informes de los profesionales médicos (que no adivinos...) deja libre a un enfermo mental al que toda la opinión pública considera merecedor de ser apartado de la sociedad y existe una recaída en el delito, todo el mundo culpabiliza al juez, lo que hace que muchas veces la presión social y el propio temor que como personas los jueces tenemos hacia lo desconocido e imprevisible (y los enfermos mentales lo son..), hagan optar por una medida de internamiento que en muchos supuestos no sería necesaria como tratamiento terapéutico adecuado al enfermo.

4- La falta de Programas de Intervención Específica para enfermos mentales en los Centros Penitenciarios, ante la ausencia de desarrollo del PAIEM antes expuesta, y la escasa intervención en la mayoría de los Centros de asociaciones especializadas que colaboren con éstos, como ocurre en el tema de drogodependencias y en menor medida, con los discapacitados mentales.

5- El tratamiento Involuntario: en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, parece obvia la posibilidad de que se lleve a cabo, un tratamiento psiquiátrico involuntario en cuanto que el internamiento mediante la imposición de la correspondiente medida se ha hecho precisamente para dicho tratamiento, pero en los Centros Penitenciarios choca con la voluntariedad del paciente, considerándose que sólo se podrá imponer cuando se trate de evitar un grave daño a sí mismo o a terceros, y siempre en beneficio directo del interno, pero si a esto añadimos la obligación de la Institución Penitenciaria de velar por la salud de todos sus presos, incluso con medidas coercitivas, existe poco margen para que un interno pueda negarse al tratamiento.

6- La solicitud continuada por los internos de asistencia psiquiátrica; es difícil para los jueces de vigilancia discernir la necesidad ó no de tratamiento especializado; es claro que en muchos supuestos, tal demanda viene motivada exclusivamente por la intención de conseguir “pastillas” (benzodicepinas principalmente) dado el elevado grado de adicción que a dicho tipo de medicación presentan actualmente los internos; y en ese sentido suelen emitirse la mayoría de los informes por los Servicios Médicos de los Centros, pero también es verdad que el panorama anteriormente expuesto en cuanto a la escasez de atención especializada, hace que se dé prioridad las patologías graves y que incluso en éstas las revisiones son escasas y es difícil para los jueces, que carecemos de formación médica discernir los supuestos en que los internos precisan la asistencia del especialista de psiquiatría o es suficiente el tratamiento y revisión por los médicos generalistas del Centro.

7- Los internos Extranjeros: que cada día representan un mayor porcentaje en los Centros y en los que se unen, en los supuestos de enfermos mentales, problemas añadidos a su patología que aun dificultan mas la detección de los casos y su tratamiento: la problemática del idioma, el desarraigo social y familiar mas absoluto...La triste experiencia es que, si su comportamiento plantea conflictos en un Centro, dado que, al igual que en los supuestos de nacionales ,la Subdirección General

de Sanidad Penitenciaria suele denegar su traslado para observación a un Psiquiátrico Penitenciario, como carecen de arraigo en un lugar determinado, acaban siendo trasladados en cada revisión de grado peregrinando de Centro en Centro sin que muchas veces se pueda siquiera lograr un diagnóstico de su patología, pese incluso al interés de los Servicios Médicos, que choca con cuestiones puramente regimentales.

8- La nula ayuda externa del sistema socio-sanitario: la escasez de recursos personales del sistema sanitario, de los especialistas que acuden al Centro Penitenciario o que reciben a éstos en consultas externas, que limita el número de visitas a realizar, acrecentada por los traslados continuos de los internos de un Centro Penitenciario a otro por diversos motivos (diligencias judiciales, masificación de los Centros, razones regimentales o de clasificación, etc), hace muchas veces difícil, incluso imposible el diagnóstico de la patología que padece el interno y la instauración del tratamiento pertinente; y por supuesto, la inexistencia casi absoluta de centros alternativos adecuados para el internamiento de personas con patología psiquiátrica o dual.

9- La limitación temporal de las penas o medidas judicialmente impuestas; dado que el art. 101 del Código Penal establece que “el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto”, debiendo el Juez o Tribunal a tal efecto fijar en la sentencia el límite máximo de duración, muchas de las medidas de internamiento son de muy corta duración, lo que las hace absurdas, terapéuticamente hablando claro, porque, ¿se puede curar una esquizofrenia paranoide en tres meses de internamiento máximo, por ejemplo...? ¿tienen sentido realmente tales tipos de medida? Y no debemos olvidar que la mayoría de los delitos cometidos por los enfermos mentales son menos graves, lo que lleva aparejada, dada la limitación temporal de la medida que prevé la legislación penal, medidas o en su caso penas privativas de libertad de corta duración.

10- La concurrencia de penas y medidas de seguridad en una misma persona, situación legalmente posible, bastante mas frecuente de lo que sería deseable y que obliga, como ya expusimos anteriormente a un peregrinaje del interno desde el Centro Penitenciario al Hospital Psiquiátrico Penitenciario (ó actualmente, de la condición de penado a la de sometido a medida en un mismo Centro Penitenciario) y viceversa, que nada favorece su tratamiento terapéutico.

11- La ausencia de recursos para las personas externadas; muchos de los enfermos salen por cumplimiento de la pena o medida, pero necesitarían una institución civil en régimen de internamiento para la adecuada continuidad de su tratamiento; no existiendo apenas dicho tipo de Centros, son abandonados a su suerte, y sólo en el mejor de los casos, en aquellos supuestos de clara conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, apoyo familiar y social y ausencia de consumo de tóxicos, puede preverse una adecuada reinserción social, estando abocados en otros caso a la reincidencia y reingreso en un Establecimiento Penitenciario.

Por todo ello **¿Cuáles son las necesidades, inmediatas y urgentes** a mi modo de ver, para paliar las deficiencias actuales en el tratamiento de los enfermos mentales en el medio Penitenciario?

-El desarrollo urgente del PAIEM en todos los Centros Penitenciarios, para que cumpla realmente los objetivos para los que se planteó: el diagnóstico y tratamiento de

todos los internos que sufren algún tipo de trastorno mental, la mejora de su calidad de vida, aumentando su autonomía personal y su adaptación al entorno y optimizar su reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

-La preparación asistencial del personal penitenciario.

-La existencia de Psiquiatras Penitenciarios ó de una notabilísima mayor asistencia a los internos por los especialistas de psiquiatría de los Hospitales de referencia.

-La creación de equipos multidisciplinares de apoyo a los órganos judiciales, que permitan detectar todos los supuestos de personas con patología mental que son juzgadas así como la aplicación de la pena o medida terapéutica mas adecuada a cada caso.

-Atribuir mayores competencias a los Jueces de Vigilancia Penitenciaria, mucho mas cercanos a los internos, modificando el Art. 97 del Código Penal otorgándoles competencias para la resolución y no sólo para la propuestas, en los supuestos la modificación o cese de las medidas de seguridad impuestas por los órganos judiciales sentenciadores

-Y, fundamentalmente, la ayuda del sistema socio-sanitario: la existencia de convenios con la Administración Sanitaria y la creación de recursos asistenciales, en especial, residenciales, para evitar por un lado, los ingresos injustificados e innecesarios de enfermos mentales en los Establecimientos Penitenciarios (tanto psiquiátricos como ordinarios) y por otro, que la estancia en éstos se prolongue mas allá de lo indicado según criterios médicos ó que, una vez extinguida la medida/pena, queden abandonados a su suerte.

La cárcel sigue siendo, a mi parecer, la solución cómoda, rápida , y práctica, la mas económica y políticamente rentable de cara a la opinión pública, la mas eficaz para la “justicia defensiva” que actualmente llevamos a cabo los órganos judiciales, y sigue siendo tristemente la alternativa a las carencias sociales, a la falta de tratamientos y centros psiquiátricos no penitenciarios, a la marginalidad...; **Todas las soluciones, exigen** necesariamente un **cambio de mentalidad** de la sociedad, de las autoridades políticas, sanitarias y penitenciarias y de los operadores jurídicos, Ministerio Fiscal, abogados y Jueces ; nos hace falta llegar al convencimiento de que los enfermos mentales son “pacientes” y que por ello, debe tener siempre primacía lo sanitario sobre lo penal penitenciario; y todas las soluciones exigen, por supuesto, **muchos recursos socio-sanitarios**; una importante inversión en este sector de la sanidad, tendría, sin duda, evidentes consecuencias en el orden de prevención de los delitos cometidos por enfermos mentales y constituiría un avance en la efectividad del derecho a la salud en su sentido integral, equiparando al enfermo mental al resto de los enfermos en cuanto al derecho reconocido en el Convenio Europeo para la protección de los Derechos y Libertades Fundamentales de recibir el tratamiento y asistencia adecuada a su patología.

Porque sino, y como decía alguien....siempre nos quedarán las prisiones...