

LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES

PRESENTACIÓN

El Informe que presentamos a continuación ha surgido de la mano del trabajo que desde hace años la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz viene realizando sobre la situación de los enfermos mentales y la atención dispensada por la administración socio-sanitaria.

Pero a veces, la atención ante un problema descubre otro o, simplemente, muestra nuevos aspectos sobre la misma cuestión. Una línea de trabajo puede abrir otra cuyo tratamiento nos permite ofrecer una estrategia de promoción y protección de los derechos constitucionales desde una perspectiva global y ajena a cualquier sentido hermético o estanco. Algo parecido ha surgido en esta ocasión, cuando, a la vez que desarrollábamos las funciones garantistas respecto de los enfermos mentales, descubrimos su presencia en centros penitenciarios.

Y es que la Institución vuelve una y otra vez su atención a los problemas, que, en el marco de sus competencias, afectan a este ámbito difícil y sórdido. Es evidente que las dependencias de naturaleza penitenciaria y de reclusión son, en sí mismas, un marco en el que están especialmente presentes todos los principios que fundamentan la virtualidad de un Estado de Derecho. La pérdida de la libertad es una dura pena que se orienta constitucionalmente por su sentido reeducador y de reinserción a la sociedad. Así, el pasado año presentamos el Informe especial sobre "Los depósitos municipales de detenidos en Andalucía" y a lo largo de este ejercicio han sido muchas las cuestiones que nos han llevado a conocer problemas de distinta naturaleza y que se presentan con especial incidencia en el mundo penitenciario.

Éstos han sido los caminos por los que se ha llegado a la necesidad de abordar el Informe que presentamos al Parlamento. Las dificultades y las penurias que padecen estos ciudadanos pueden fácilmente intuirse si comprendemos que sobre éstos pesan las gravosas

circunstancias de su doble condición de enfermos mentales crónicos y, además, de reclusos internados en prisiones.

La conclusión más rotunda por parte de todas las instancias que han participado en este trabajo es que el enfermo mental no cumple ningún papel en la cárcel y que, por su parte, las cárceles no están para tratar enfermos mentales.

Esperamos que el Informe sepa hacer honor a su nombre y haya logrado exponer, con seriedad y rigor, la gravedad de esta situación que exige, sin demora, una cumplida respuesta por parte de los poderes públicos.

José Chamizo de la Rubia

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

ÍNDICE:

Presentación.

1.- Introducción.

2.- Planteamiento.

3.- Metodología.

4.- El marco jurídico.

5.- Resultados obtenidos de la investigación.

5.1. Número de enfermos mentales que se hallan internados en centros penitenciarios.

5.2. Tipología del enfermo mental interno en los centros penitenciarios.

5.3. Las causas del ingreso del enfermo mental crónico en un centro penitenciario.

5.4. La asistencia sanitaria de los enfermos mentales en prisión.

5.5. La integración del enfermo mental penitenciario.

5.6. La ausencia de alternativa social para el enfermo mental crónico infractor.

6.- El enfermo mental interno de un centro penitenciario.

6.1. Los procedimientos de ingreso de los enfermos mentales crónicos en los centros penitenciarios.

6.2. Influencia de la enfermedad mental en el cumplimiento de la pena.

6.3. Peculiaridades de la estancia de un enfermo mental en la prisión.

7.- La situación jurídica de los enfermos mentales crónicos. Ausencia de Instituciones Tutelares.

8.- Recomendaciones.

1.- Introducción.

La situación de los enfermos mentales en Andalucía ha sido motivo de estudio y especial preocupación de esta Institución desde hace mucho tiempo. La tramitación de numerosas quejas y la investigación de las circunstancias que padecen estos enfermos, y su entorno familiar y social, han permitido al Defensor del Pueblo Andaluz contar con una importante experiencia en cuanto al estudio y análisis de la organización sanitaria dedicada a atender a este importante colectivo de ciudadanos.

En varios Informes Anuales presentados ante el Parlamento hemos relatado los problemas y carencias que ofrece el sistema de atención psiquiátrica en Andalucía, caracterizado por ser el resultado de una profunda reforma inacabada y con importantes lagunas que atender sobre las planificaciones iniciales.

Mientras se ha desarrollado esa labor de supervisión de la administración psiquiátrica andaluza, hemos estado en permanente contacto con los sectores profesionales y colectivos implicados en los problemas de estos enfermos. Y así, a lo largo de estos años de trabajo, han ido surgiendo muchos y diferentes aspectos que presenta la realidad cotidiana de los ciudadanos que conviven con el problema. En la medida en que el Defensor del Pueblo Andaluz ha ganado experiencia sobre el tema, se presentan nuevos y muy interesantes aspectos de la misma realidad. Como ejemplo de la variada problemática que los ciudadanos nos hace llegar, los padres de un enfermo preguntaban:

"¿por qué no ingresan a nuestro hijo en una institución psiquiátrica no penitenciaria donde poder verle a menudo y donde no esté rodeado de todo tipo de presos? La política de salud mental quiere rehabilitar a este tipo de pacientes y reinsertarlos en la sociedad, incluso laboralmente. ¿Cree usted que nuestro hijo o cualquier otro enfermo mental puede rehabilitarse en la cárcel? Quizás nuestro hijo no esté en condiciones de estar en la calle pero sí de estar en un centro donde se pueda tratar su enfermedad, rodeado de enfermos como él, donde se le pueda visitar siempre que se quiera y donde se pueda rehabilitar en condiciones."

Se planteaba, pues, en esta queja un aspecto que condicionaba de una manera severa la atención de este paciente concreto, pero que ejemplificaba, a su vez, la situación de otros enfermos mentales que están ingresados en centros penitenciarios. Y es que la propia experiencia de la Institución, a lo largo de sus años de trabajo, ayuda a descubrir problemas de una entidad mucho mayor que la que emerge de un caso concreto y único. La tarea de investigación y de atención a estas singulares demandas pronto señaló la existencia de un problema que afecta de lleno a la concepción y a la estructura de la atención psiquiátrica en Andalucía y que provoca la consiguiente repercusión generalizada de estas deficiencias.

De esta manera, aunque hasta ese momento se había abordado la situación de estos enfermos y la respuesta ofrecida por la administración sanitaria, surgía ahora llevar ese análisis al lugar donde, circunstancialmente, pudieran llegar a encontrarse estos pacientes y conocer en qué medida su atención y cuidado quedarán afectados por su permanencia en prisión.

Por ello, y al amparo de la previsión establecida en la Ley reguladora de la Institución, se decidió emprender por propia iniciativa una actuación, tramitada como queja de oficio 95/3587, para el estudio y el análisis del tema que da título al trabajo que presentamos: *"La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces"*.

Tampoco ha sido casual el momento en el que se acomete este Informe al Parlamento: el hecho de que fue finalmente aprobado el nuevo Código Penal, mediante Ley Orgánica 10/1995 ha sido un elemento decisivo. El llamado Código Penal de la Democracia ha venido a reconocer la necesidad de asignar a estos enfermos -que pudieran haber cometido alguna infracción en el orden penal- en centros de atención psiquiátrica y no, propiamente, en centros penitenciarios. Además, se hacía necesario establecer unos límites temporales de las medidas de internamiento. Por ello, el artículo 10 in fine del Código Penal determina que «El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto». Se ha tratado de evitar que sean privados de libertad como reclusos quienes no resultan legalmente imputables por sus actos.

Con motivo de la presencia de enfermos mentales en estas dependencias, el estudio ha querido indagar, por lo tanto, en los efectos que esta normativa está provocando en la asistencia de estos enfermos dentro del ámbito penitenciario.

El Informe se desarrolla sobre la descripción previa de este problema según los datos obtenidos y que han sido facilitados por los propios centros penitenciarios, conforme a un protocolo de cuestiones que les fue remitido. Las visitas realizadas a estos centros, las entrevistas con los profesionales y el relato de otros internos, familiares de los enfermos y la información acumulada por la propia Institución han aportado, creemos, los argumentos para ofrecer al Parlamento de Andalucía una descripción objetiva de este grave problema.

Ésta es otra realidad, otra cara, más grave y acuciante, si cabe, de un problema sobre el que la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz debía detenerse con atención para conocerlo en profundidad. Nos hemos propuesto, en otras palabras, conocer en qué medida se hacen ciertos en estos conciudadanos los mandatos que recogen los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, que garantizan el derecho a la salud y a la promoción y plena integración de las personas que sufren algún grado de discapacidad.

Hemos comprobado la elevada presencia de estos enfermos en los centros penitenciarios y que las causas, por las cuales enfermos mentales crónicos infractores acaban reclusos en los centros penitenciarios, son diversas y complejas.

Una serie de elementos contribuye a promover la diáspora de enfermos mentales crónicos a las cárceles: la falta de apoyo familiar y social, el entorno marginal en que se desenvuelven, la inconveniencia de aplicar las medidas de internamiento, la indefensión que padecen en el proceso penal, la carencia de defensores judiciales e instrumentos de tutela eficaces, y en especial, la ausencia de alternativas específicas para los enfermos crónicos.

Se puede resaltar que el incremento de la población de enfermos mentales en prisiones, y de la comisión de delitos menores, depende más de las condiciones de vida que muchos de estos enfermos soportan, que de la enfermedad en sí.

Son tantas las causas apuntadas que impropriamente podríamos determinar un único factor responsable de esta situación. Pero la dificultad de señalar ese motivo principal no puede llevarnos a diluir entre una pluralidad de instancias una auténtica falta de respuesta de los poderes públicos implicados. Cada uno en su propia faceta, pero todos con muchas respuestas que dar ante un grave problema.

Todas estas circunstancias vienen provocando que un amplio número de enfermos mentales infractores acaben reclusos en los centros

penitenciarios. De hecho, la situación constatada parece coincidente con el mismo fenómeno que se detectó en el Reino Unido, según el cual se ha producido una nueva *"institucionalización"* de enfermos mentales; pero esta vez, en los servicios penitenciarios en lugar de los hospitales psiquiátricos.

Esta tendencia distorsionadora de las previsiones establecidas por la llamada Reforma Psiquiátrica motivaban entre profesionales de la psiquiatría y del ámbito judicial el siguiente comentario: *"Este problema, a corto plazo, va a ser el origen de una nueva institucionalización, de un nuevo encierro, más duro y difícil de desmontar que el presente."*

Aunque por sí misma la valoración es sumamente crítica, no menos preocupante es el momento en el que se produce: febrero de 1987. El tiempo transcurrido no ha hecho sino agravar una situación perceptible desde hace más de una década.

El presente Informe destaca la opinión unánime de todos los especialistas consultados de que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la más adecuada para atender asistencialmente a un enfermo mental. Es verdad que las prisiones disponen de servicios médicos que desarrollan actividades sanitarias comprendidas en el ámbito de la atención primaria de salud, pero carecen de recursos especializados para tales enfermos. Estos recursos se obtienen de los centros asistenciales públicos, frente a los que los enfermos mentales penitenciarios encuentran resistencias para acceder a los, ya de por sí, escasos dispositivos sanitarios, en especial a los hospitales. Y en todo caso, no se logran coordinar adecuadamente los recursos asistenciales para garantizar la necesaria atención integral que los enfermos necesitan. Mientras, la propia permanencia en la cárcel repercute negativamente en la enfermedad que padecen.

La ausencia de alternativas eficaces tras la supresión de las antiguas estructuras manicomiales para los enfermos mentales crónicos ha arrastrado a más de un enfermo, en especial a los más desprotegidos socialmente, hacia los centros penitenciarios tras la comisión de delitos por hechos que, en muchos casos, los afectados ni siquiera alcanzan a comprender.

En Andalucía se hallan cerca de cuatrocientos de estos enfermos recluidos en centros penitenciarios, sin contar con los ubicados propiamente en el centro psiquiátrico penitenciario. Nos estamos refiriendo a un colectivo de marginados entre los más marginados.

Son marginados en los propios centros penitenciarios; acaban siendo reclusos en las enfermerías o desamparados en los módulos. Y provienen de las capas sociales más desprotegidas. La enfermedad mental provoca que se intensifique el grado de marginación. Desde nuestra óptica, este colectivo representa al grupo de personas más desposeídas y desamparadas de nuestra sociedad. Y por ello, a nuestro juicio, requieren el máximo apoyo social y asistencial.

El Informe Especial concluye con un obligado referente normativo respecto de las garantías de los derechos de estos ciudadanos, así como con la posición final del Defensor del Pueblo Andaluz, en forma de Recomendaciones.

A la vista del resultado de esta investigación, aquellas preguntas que nos dirigían los padres de un enfermo mental recluso en un centro penitenciario siguen estando angustiosamente presentes. Confiamos que este Informe sepa suscitar ante el Parlamento de Andalucía y los responsables públicos el debate serio e imponderable del que surjan las respuestas que esta familia, y toda la sociedad, reclaman.

Andalucía, Diciembre de 1997.

2.- Planteamiento.

En el marco las funciones que tenemos asignadas, tratamos de intensificar nuestra labor respecto a los colectivos más desprotegidos de nuestra sociedad, frente aquéllos que no disponen de facultades o capacidad para hacer valer sus derechos constitucionales; y, entre éstos, destacamos a los enfermos mentales.

Por ello, esta Institución lleva años trabajando sobre la situación que atraviesan los enfermos mentales crónicos, y en especial frente los que carecen de apoyo familiar y social, y que han acabado arrastrados al desamparo y la marginación. En el curso de estos años, hemos tratado de atender las quejas recibidas de los enfermos mentales -o sus familiares- que nos han presentado peticiones individuales sobre su problema asistencial.

Sin embargo, más allá de atender las quejas individualizadas y concretas, éramos conscientes de que los más perjudicados o desasistidos, aquéllos que no tenían familias que los representaran, no acudían a la Institución, ni utilizaban esta vía constitucional para defender los derechos que les asisten. Aparecía una situación de la que teníamos constancia, generadora de importantes disfunciones en

la atención a este colectivo y que merecía la atención singular de esta Institución de garantía de los derechos y libertades constitucionales.

De todo este trabajo, el Defensor del Pueblo Andaluz, en su condición de Comisionado del Parlamento, ha venido dando cumplida cuenta a la Cámara a lo largo de sus Informes Anuales.

Como resultado global de la posición del Defensor respecto de este grave problema, se dirigió una amplia Recomendación al Servicio Andaluz de Salud (SAS) y al Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS). La resolución del Defensor del Pueblo Andaluz expresaba de una forma genérica y crítica nuestra posición sobre el disfrute de los derechos constitucionales por parte de los enfermos mentales sin amparo. Y en la misma, detectábamos que la insuficiencia de los recursos asistenciales de medio y largo plazo para atender a estos enfermos estaba dejando atrás a muchos que quedaban en la marginación.

Desgraciadamente en Andalucía se reproduce la misma tónica que se detecta en el marco del territorio nacional. Ya desde el año 1983, el Defensor del Pueblo Estatal ha venido denunciando en sus informes anuales a las Cortes Generales la que a la postre parece ser la mayor deficiencia del proceso de reforma: la falta de estructuras extrahospitalarias para los enfermos mentales. Esta falta de estructuras se ha venido reiterando los años siguientes, denunciando los defectos de los medios preventivos, de tratamiento y rehabilitadores; la insuficiente dotación de dispositivos asistenciales comunitarios y extrahospitalarios, la descoordinación de los sistemas sanitario y de servicios sociales en la atención del enfermo mental; y la falta de medios en el campo de los servicios sociales para permitir la desinstitutionalización del enfermo. En definitiva, el Alto Comisionado ha advertido sobre las carencias existentes en la dotación de recursos alternativos a la hospitalización, imprescindibles para la puesta en práctica del nuevo modelo de atención a la salud mental.

Desde otras instancias, estos riesgos ya se atisbaron por los especialistas en 1987. En concreto, en febrero de 1987, un Comité constituido por la Asociación de Jueces para la Democracia, Unión Progresista de Fiscales y la Comisión Legislativa de la Asociación de Neuropsiquiatra de Andalucía, anticipaba el preludio de la nueva transinstitutionalización: *"...Cuando se unen enfermedad mental deteriorante grave, de curso prolongado, y dificultades familiares (penuria económica, ausencia o avanzada edad de los padres, etc) hay únicamente la breve estancia en la Unidad de Agudos, la visita periódica al domicilio, la inyección mensual... El resto es encierro en el*

domicilio, vagabundeo sin rumbo. Empleo u ocupación protegida, apoyo psicosocial mantenido, programas específicos de rehabilitación de pacientes a medio y largo plazo... nada de eso existe. Este problema, a corto plazo, va a ser el origen de una nueva institucionalización, de un nuevo encierro, más duro y difícil de desmontar que el presente. Algunas de las personas ya están en el Psiquiátrico Penitenciario y otros, los que tienen dinero, en clínicas y residencias privadas, encerrados..." (Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. VII, nº 21, de 1987).

La no dotación de los medios sustitutivos de la hospitalización, junto a la amortización de camas en los hospitales psiquiátricos, aparece así como causa de enormes deficiencias en el tratamiento médico de los enfermos y como origen de graves trastornos en las familias que no cuentan con medios, técnicos ni materiales, para dar a los enfermos el cuidado que la Sanidad pública les niega.

En un reciente estudio del Psiquiatra Espinosa Iborra (Tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código, publicado en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XVII, nº 64, de 1997, págs 607-625) se reflexiona sobre esta realidad: *"Quizás valga la pena recordar que la plena integración de la psiquiatría en la sanidad supone abandonar de una vez su papel histórico de agente del orden para pasar a ser un modesto agente de salud. Y por eso, en lugar de pensar en unidades blindadas, lo que cada autonomía tendrá que reflexionar es cómo mejorar sus recursos, sanitarios y sociales, especialmente para pacientes crónicos, incluyendo aquellos que seguramente necesitan atención intensiva o duradera en el tiempo y que superan las posibilidades de una unidad de Hospital General, como la forma más efectiva de colaborar en la prevención, desde la perspectiva sanitaria, de posibles acciones violentas o delictivas de este colectivo. En todo caso, habría que estar de acuerdo en que la falta de recursos -o de voluntad política, y en más de un caso probablemente técnica- no tiene por qué pagarla el propio enfermo..."* .

Desde una perspectiva más concreta, el Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana ha detectado que la escasa atención a los enfermos crónicos se encuentra directamente relacionada con el fracaso de la desinstitucionalización, que no ha creado, en el momento adecuado, los recursos intermedios que aseguren el correcto tratamiento de los pacientes deshospitalizados. Refiere que en el proceso de reforma parece haberse confundido la desinstitucionalización con la deshospitalización psiquiátrica: *"Mientras la primera exige un desarrollo de recursos intermedios de rehabilitación (hospitales de día, unidades de rehabilitación, etc.), la*

deshospitalización se basa en una simple reducción de camas en los sanatorios psiquiátricos. La reforma psiquiátrica en la Comunidad valenciana parece haberse agotado en el esfuerzo deshospitalizador, limitando la actuación y el tratamiento hospitalario en los enfermos agudos y dejando de lado o posponiendo la atención especializada al extenso grupo de los pacientes crónicos." (La familia de los enfermos mentales en la reforma psiquiátrica valenciana. X Jornadas de Coordinación entre Defensores del Pueblo).

Además el Síndic de Greuges valenciano confirma que la deficiente atención a los enfermos crónicos ha extendido lo que en principio era un grave problema sanitario a un actual no menos grave problema social, al tener que cargar las familias, independientemente de los medios con los que cuenten, no sólo con la parte que en el tratamiento y cuidado del enfermo mental les corresponde, sino con la parte que a las inexistentes estructuras intermedias les correspondería.

Más adelante refleja la realidad social de estos enfermos en el ámbito de la comunidad valenciana: *"La falta de control adecuado de los enfermos deshospitalizados, provocada por la ausencia de medios e instituciones, resulta particularmente gravosa en los casos de enfermos con una marcada desadaptación social y cuando las familias no cuentan con los medios para sufragarles la siempre cara asistencia en las Instituciones privadas. La respuesta de la Sanidad Pública valenciana a los ciudadanos que ante la imposibilidad de asistir a los enfermos imploran ayuda a la Administración se viene limitando a informarles de que las prestaciones de asistencia psiquiátrica hospitalaria sólo se contemplan en el sistema sanitario para casos agudos, de que las ayudas económicas complementarias son competencia de los Servicios Sociales y, por fin, de la existencia de sanatorios privados en los que los enfermos podrían ser tratados (siempre que las familias pudieran superar el obstáculo que supone el coste del ingreso)".*

El Síndic concluye que:

"Así, parece imperativo un cambio en la política pública relativa a los enfermos mentales, la realidad diaria nos muestra que la deshospitalización, sin el regular funcionamiento de las estructuras intermedias sustitutivas, conduce en muchos casos al efectivo abandono de los enfermos que aun bajo el cuidado de sus familias no pueden recibir de éstas la atención que precisan,

sustituyéndose finalmente el manicomio por la cárcel, el encierro domiciliario, la miseria y la muerte.

El denominado en el Plan de Salud Mental "núcleo de credibilidad del sistema", parece actualmente fracasado; se ha producido un desencuentro, un distanciamiento, entre las instituciones y la realidad, entre el discurso de la Reforma y la acción pública. Parece necesaria una reforma del Plan que amplíe su objeto extendiendo su acción a las familias que directamente participan en el cuidado y tratamiento de los enfermos, ejecutando competencias que por su naturaleza son públicas, y que sea evolutivo y flexible para su adecuación a las cambiantes circunstancias y lo suficientemente estable y coherente para permitir la regular actuación de la pesada máquina burocrática que ejecuta las decisiones políticas."

En otro ámbito de referencia, el Síndic de Greuges de Cataluña, en un Informe sobre: *"La repercusión de la crisis económica en la salud mental: reforma psiquiátrica una cuestión a resolver"*, presenta un panorama similar al descrito en Andalucía, y formula un análisis crítico de la gestión de la reforma de salud mental. Considera que después de treinta años de abogar por "la desinstitucionalización", voces autorizadas cuestionan su conveniencia. Hace uso de un Informe de la "The Schizophrenia Association of Great Britain", de mayo de 1994, en el que se formula una durísima crítica al proceso de desinstitucionalización: *"La publicación mencionada, afirma, sobre la base de datos comprobados empíricamente que el paciente esquizofrénico y la familia de éste, eran tratados mejor en el antiguo sistema de hospital psiquiátrico, que en el moderno de atención comunitaria. De otro lado se da a entender que en no pocos casos, la desinstitucionalización no ha sido tal, sino que ésta se ha mantenido, aunque cambiando el establecimiento, sustituyendo el hospital psiquiátrico por la prisión."*

En diversos informes al Parlamento, el Síndic de Greuges de Cataluña ha reclamado la creación de un centro psiquiátrico penitenciario en Cataluña, con programas de tratamiento, curación y rehabilitación, para los presos enfermos psíquicos. Parece ser que tienen previsto dotar de unas plazas para enfermos psiquiátricos del Pabellón

Hospitalario Penitenciario; pero todavía no están en funcionamiento. Sí lo están, en cambio, un total de 108 camas, en las enfermerías de 4 centros penitenciarios; su número ha experimentado un crecimiento de 16 camas desde 1993.

El Informe del Síndic de Greuges afirma: *"De todas formas, el número de internos en centros penitenciarios de Catalunya con dolencias psíquicas, es harto superior y proporcionalmente sobre el total de la población reclusa está creciendo."*

Volviendo a las consideraciones que hemos hecho llegar a las autoridades andaluzas respecto a este grave problema, debemos recordar que las principales deficiencias de atención a estos enfermos coinciden con las lagunas que la reforma psiquiátrica emprendida ha dejado tras su proceso de implantación. El diseño del sistema de atención e todos sus niveles a los enfermos mentales ha quedado inconcluso ante las carencias de estructuras intermedias. El resultado ha sido que muchos de estos enfermos no encuentran la respuesta adecuada del sistema público sanitario y terminan produciéndose graves situaciones de desasistencia. De todos estos antecedentes y de las valoraciones aportadas por el Defensor del Pueblo Andaluz queda suficiente constancia en los Informes Anuales entregados al Parlamento, a los que nos remitimos.

En otros países, en donde se había adelantado la Reforma Psiquiátrica, no tardaron en aparecer las mismas evidencias que en Andalucía se han denunciado. "The Schizophrenia Association of Great Britain" en 1994, al valorar la asistencia que se prestaba a enfermos mentales, había reconocido un acentuado retroceso en el efectivo tratamiento de los enfermos. Y refiere los siguientes síntomas:

- Cada vez hay más enfermos mentales en la calle sin atención sanitaria alguna.
- Los enfermos mentales están a veces peor atendidos en sus domicilios que antes en los hospitales.
- Cada vez hay más enfermos en prisión.

El Informe sobre la esquizofrenia en Gran Bretaña, ya citado, ofrece valoraciones y datos concretos: *"Que hubiera una sola persona enferma mental en prisión ya sería una desgracia para la sociedad, sin embargo, de acuerdo con los datos de la Federación de Salud Mental hay, por lo menos, unas 15.000 personas con problemas psiquiátricos en la cárcel (en el Reino Unido), 1.100 están gravemente enfermos y*

700 padecen una enfermedad psicótica." (Gunn y otros, 1991, "Necesidades de tratamiento de los prisioneros con desórdenes psiquiátricos", BMJ 41 pgs 303).

En el marco de nuestra realidad andaluza, y a tenor del contenido de las quejas, hemos comprobado como estos indicios se han ido confirmando día a día. Y en concreto en las actuaciones emprendidas con motivo de la tramitación de estas quejas aparecen con mayor frecuencia enfermos mentales crónicos infractores que han acabado en prisión y que provenían de importantes carencias de alternativas asistenciales adecuadas a su situación familiar y social. Su progresivo abandono les llevó a un proceso de agravamiento de la enfermedad y la desatención les acercó a una severa marginalidad. Esta situación de riesgo ante el cumplimiento de la Ley, suele concluir con comportamientos asociales y, finalmente, de repercusión penal.

Durante el año 1995 se presentaron quejas de algunos enfermos mentales internados en centro penitenciarios que denunciaban el estado de abandono y de inseguridad que padecían.

En una de ellas, el problema que se denuncia y que afecta sensiblemente al enfermo, se refiere al levantamiento de la medida de internamiento, toda vez que, a la vista de la falta de progreso de enfermedad mental -crónico- el internamiento se convierte en vitalicio. Además, en otros casos la situación de los enfermos se complica, ya que sus familiares, los que podrían ayudarles y responsabilizarse de los incapaces, son los agredidos y por tanto, la posibilidad de integración en sus familias biológicas es casi imposible. Además los servicios sanitarios andaluces carecen de recursos residenciales específicos para este tipo de enfermo mental con peligrosidad social potencial.

El interesado en otra queja refiere la situación de encarcelamiento que padece desde el año 1987, en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Al reconocérsele la eximente de enajenación mental se le aplicó como medida sustitutoria el ingreso en el referido centro sin determinación de los plazos de reclusión. El enfermo reflexiona que si no se le hubiese reconocido su enfermedad mental, causa de inimputabilidad de responsabilidad penal, a pesar de haber cometido un delito grave, aunque en grado de tentativa, ya estaría en libertad tras ocho años de reclusión en un centro penitenciario común. Se lamenta que a pesar de haber salido absuelto de condena por el delito cometido, la ausencia de medidas de reinserción y rehabilitación determina las nulas posibilidades que tiene de salir del hospital penitenciario.

Puestos en contacto con el centro penitenciario, nos informan que el afectado es un interno que lleva ocho años en prisión por orden judicial condicionado a la evolución de su enfermedad mental. En esos momentos el equipo de tratamiento del centro consideraba que está evolucionando favorablemente y lo han propuesto para salida terapéutica. Ahora bien, nos comentan que la situación de internamiento, según está determinada, no puede cambiar hasta que no exista otra alternativa, es decir, un medio de acogida en el exterior y alguien que se hiciese responsable de que continuara un tratamiento psiquiátrico. Su familia no lo acepta ni se hace responsable de él -han sufrido sus agresiones y renuncian, por miedo, a ayudarlo-, y al no existir centros asistenciales sociales su internamiento se puede volver permanente. Nos afirman que si realmente existieran centros residenciales terapéuticos este enfermo no tendría que estar en el hospital penitenciario; la ausencia de alternativa condiciona su permanencia.

Pero, aparte de esta situación de los enfermos mentales, a los que se le establece la medida de internamiento, nos ha preocupado el estado del resto de enfermos mentales infractores que acaban ingresando en los centros penitenciarios comunes.

En una reciente queja un interno del Centro Penitenciario de Acebuche en Almería nos confiesa que padece *"cuadro delirante de esquizofrenia paranoide diagnosticado en el mes de marzo de 1986 y que requiere tratamiento psiquiátrico por vida"*, y nos relata la angustiada existencia que soporta en el seno de la prisión.

Como ya hemos dicho, la permanencia de enfermos mentales crónicos en las cárceles era una evidencia que habíamos detectado en algunas quejas concretas, pero que se torna en certeza con la afirmación que incorporan en otras quejas los facultativos responsables de la asistencia médica en las prisiones andaluzas. La valoración facultativa centra con precisión el planteamiento de la cuestión abordada en el presente Informe:

"Por otro lado, con la reforma sanitaria de salud mental, la desaparición de los hospitales para enfermos mentales crónicos (hospitales psiquiátricos, manicomios) y la falta de estructuras intermedias, una gran parte de los enfermos mentales crónicos terminan en prisión, al no existir centros asistenciales para proporcionar asistencia a estos enfermos, con las consiguientes repercusiones sanitarias

sobre los mismos, convirtiéndose los servicios sanitarios de las prisiones en la única solución asistencial de estos presuntos delincuentes/enfermos considerados como imputables o parcialmente imputables".

Así resulta que los propios facultativos penitenciarios, que vienen asistiendo a los internos, nos expresan la situación que padecen los enfermos mentales en los centros y critican la ausencia de alternativas sociales adecuadas a estos pacientes.

Un alto funcionario de la Dirección General de Asuntos Penitenciarios analizaba de este modo el problema:

«La reincorporación de los internados al medio extrapenitenciario, tiene en el caso de los enfermos mentales una doble dificultad, de una parte el rechazo usual hacia estas personas por parte de familia y medio y, de otra el desarraigo que presupone el ingreso, durante tanto tiempo, en instituciones que provocan una desocialización y generan modelos relacionales atípicos.

Si en la sociedad civil se ha producido el deseable desmantelamiento del hospital psiquiátrico como eje de la atención en salud mental, ello no debería ser coartada para que las estructuras comunitarias no asuman su responsabilidad a la hora de prestar apoyo y ayuda terapéutica a aquellos enfermos penitenciarios psiquiátricos, o que por la poca relevancia del delito pudieran ser atendidos en dispositivos civiles, sea en régimen de internamiento o ambulatorio.

Si lo que llevó al desmantelamiento de los "manicomios" fue la consideración de su ineficacia terapéutica y su desenmascaramiento como verdaderos almacenes de miseria humana, hagamos entre todos un esfuerzo porque los centros penitenciarios psiquiátricos no se conviertan en los nuevos "almacenes"».

3.- Metodología.

A tenor de los hechos deducidos y las circunstancias denunciadas, por parte de esta Institución, en virtud de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 9/1983, de 1 de Diciembre, de creación del Defensor del Pueblo Andaluz, se decidió iniciar una actuación (queja de oficio 95/3587) que permitiera abordar -pero desde una perspectiva global- la situación de los enfermos mentales recluidos en los centros penitenciarios andaluces.

El estudio ha pretendido comprobar y analizar el alcance del problema asistencial puesto en evidencia: número de enfermos mentales afectados, influencia de la enfermedad en el cumplimiento de la pena y en el desenvolvimiento de la dinámica carcelaria, evaluación de las medidas de reinserción social, estudiar el contenido de la asistencia sanitaria y, en general, conocer el ejercicio de la actividad asistencial prestada a los afectados.

Con esta finalidad se confeccionó un Protocolo de preguntas que reunía el conjunto de cuestiones que nos habíamos planteado inicialmente a la hora de diseñar la fase de investigación. En concreto, el Protocolo realizado planteaba los siguientes puntos:

A) Situación Penitenciaria:

1 - Nº de enfermos mentales internados:

- Penados:

- Preventivos

2 - Responsabilidad penal determinada:

3 - ¿Cómo influye la enfermedad mental en el cumplimiento de pena?

4.- Detectada una psicopatología ¿qué medias se toman? ¿qué se hace?

5.- ¿Está previsto aplicar el nuevo art. 60 C.P. a los enfermos mentales crónicos?.

6.- ¿Qué peculiaridades presenta la estancia de un enfermo mental en la prisión? ¿Son considerados

peligrosos o antisociales? ¿Presentan eficacia las medidas de reinserción?

7.- ¿Qué medidas se adoptan para proteger a los enfermos mentales del resto de internos?

B) Situación sanitaria:

8. - Se desarrolla un estudio sanitario al ingresar los internos.

9.- ¿Cómo se detectan las psicopatologías?

10.- ¿Qué tipo de asistencia se presta a los enfermos?

11.- ¿Que ocurre en las fases agudas de la enfermedad?

12. ¿Tiene el centro recursos para atender a los enfermos mentales?

13.- ¿Se facilitan los fármacos ? ¿Se garantiza la ingesta?

14.- ¿Se practica alguna medida de reinserción y rehabilitación?

15.- ¿Se estudia la evolución asistencial del interno antes de su ingreso en el centro? ¿Se coordinan las acciones asistenciales con los recursos públicos del sistema sanitario? ¿Se obtiene la historia clínica de los enfermos?

16.- ¿Una vez cumplida la pena se realiza algún trabajo de reintegración del enfermo en su familia o en la sociedad? ¿Se da cuenta de la salida a los recursos psiquiátricos del sistema público? ¿Regresan a prisión muchos enfermos mentales?

17.- ¿Si existieran centros alternativos para la atención psiquiátrica se evitaría e ingreso de los enfermos en las prisiones?

18.- ¿Se considera a la prisión como una medida terapéutica, o al menos contribuye en algo a controlar la enfermedad?

19.- Tipología del enfermo.

20.- Observaciones.

Las respuestas a las cuestiones planteadas en el Protocolo han permitido contar con una batería inicial de datos muy interesantes para conocer el problema entre los centros a los que se dirigió el cuestionario. Para profundizar sobre la situación, se continuó el desarrollo de la investigación con la visita de asesores de la Institución a los centros penitenciarios cuyos datos indicaban una presencia más significativa del problema. En otros casos, la investigación se completó con el envío de informes escritos.

Podemos detallar esta segunda fase de la investigación:

- Centros visitados:

Centro Penitenciario Jaén II.

Centro Penitenciario Alhaurín de la Torre.

Centro Penitenciario Almería.

Centro Penitenciario Puerto de Santa María II.

Centro Penitenciario Sevilla II.

Centro Penitenciario Huelva.

- Informes solicitados y recibidos:

Centro Penitenciario Córdoba.

Centro Penitenciario Sevilla I.

Centro Penitenciario Granada.

Centro Penitenciario Algeciras.

De esta forma, ya sea por visita o por remisión escrita del Protocolo, se constata la participación del conjunto de Centros Penitenciarios existentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Tan sólo se registran las ausencias de los Centros Penitenciarios de El Puerto de Santa María I y Jerez que, por sus especiales características y baja densidad de población interna, no se incorporaron a la investigación.

También se giró visita al Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, motivada por la presentación de una queja de un enfermo que se

consideraba injustamente internado. Esta visita también contribuyó a desarrollar la investigación que ahora se presenta.

Respecto al nivel de colaboración prestada por parte de los centros penitenciarios, debemos declarar que ha sido muy positivo. En los centros visitados hemos mantenido entrevistas con los Directores, los Subdirectores Médicos y con algunos de los facultativos que asisten a los enfermos. En todos los casos, sin excepción, el grado de leal colaboración exigida se ha prestado sin reserva, además de la plena disposición de la información precisa para resolver el protocolo. En fin, la colaboración recibida ha sido muy buena y ha contribuido eficazmente a detectar el problema en su justo alcance.

En el discurrir de las visitas, hemos procedido de la siguiente manera: primero, hemos interesado ante el Director del Centro la cumplimentación de las preguntas referidas a la situación penitenciaria de los enfermos; en segundo lugar, el bloque más grueso del Protocolo, relativo a la asistencia sanitaria, ha sido atendido por el Subdirector Médico y los facultativos implicados; y, como tercer paso, se ha realizado una visita a las distintas enfermerías de los centros para comprobar el estado de las instalaciones, el desenvolvimiento de los enfermos, así como observar el nivel de la asistencia prestada; además hemos aprovechado para conversar con algunos de los enfermos mentales internados.

Igualmente valiosas son las respuestas recibidas por los centros no visitados pero que han dado respuesta escrita al protocolo. El conjunto de todos los Protocolos constituyen el material básico. No obstante, también se deben incorporar las propias apreciaciones de los asesores que han participado en las visitas.

También se ha pretendido tener en cuenta a las propias administraciones andaluzas con competencias prestacionales en la materia; así, se solicitó informe a la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y al Consejero de Asuntos Sociales.

Entendimos desde un primer momento que, metodológicamente, era muy necesario incorporar al trabajo dos aspectos técnicamente insoslayables: uno de índole social y otro desde la perspectiva médico-asistencial.

El primero, realizado por Trabajadores Sociales conocedores del medio penitenciario, que han tratado de analizar la situación de los internos que padecen una enfermedad mental crónica ante la dinámica penitenciaria, sus relaciones con el medio y con el resto de

internos, y en general, sobre las peculiaridades del enfermo mental en un centro penitenciario.

Y una segunda aportación, elaborada por un grupo de psiquiatras especialistas, sobre las repercusiones médicas y asistenciales de la permanencia de un enfermo mental en un centro penitenciario.

En definitiva, con este conjunto de elementos de conocimiento, hemos tratado de discernir sobre el estado de la cuestión, con la finalidad de detectar el alcance del problema y presentarlo ante el Parlamento de Andalucía. A la vez, el relato de esta situación constituye el fundamento para aportar las conclusiones y valoraciones que se ofrecen al final de la exposición de este trabajo.

4.- El marco jurídico.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, proclamada en París el 10 de diciembre de 1948, en su artículo 25 reconoce el derecho de los hombres a los servicios sociales necesarios y a gozar de protección en los casos de enfermedad; este derecho junto a los consignados en los artículos 39, 41 y 43 de nuestra Constitución imponiendo a los poderes públicos el deber de proteger social, económica y jurídicamente a la familia e integralmente a los hijos; garantizando la asistencia y prestaciones sociales suficientes en el marco de un sistema público de Seguridad Social y reconociendo el derecho ciudadano a la protección de la salud, constituyen el marco legal y el mandato imperativo de una profunda modificación en el sistema de Salud Mental hoy vigente. Veamos a continuación detenidamente este marco jurídico y su concreción.

- Declaración universal de los derechos humanos de 1948: Art. 25.1: *«Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».*

- Declaración de los derechos del retrasado mental, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971 (Resolución 2856): *«2. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la*

educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.../... 4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal».

- Declaración de los derechos de los impedidos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975 (Resolución 3447): «3. *El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera que sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.../... 6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia (...). 9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad».*

- Programa de acción mundial para los impedidos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas por Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982: * 40. *El aumento de la incidencia de la incapacitación y la marginación de los impedidos se puede atribuir a muchos factores. Figuran entre ellos: .../...*

e) Programas inadecuados de asistencia y servicios de atención primaria de salud.

h) Falta absoluta, o situación deficiente, de la infraestructura de servicios conexos en materia de asistencia social, sanidad, educación, formación profesional y colocación.

i) La baja prioridad concedida, en el contexto del desarrollo social y económico, a las

actividades relativas a equiparación de oportunidades, prevención de incapacidades y rehabilitación de impedidos.

- 41. La relación entre incapacitación y pobreza ha quedado claramente demostrada. Si bien el riesgo de deficiencia es mucho mayor entre los pobres, también es cierto lo contrario. El nacimiento de un niño deficiente o el hecho de que una persona de la familia se incapacite suele imponer una pesada carga a los limitados recursos de la familia y afecta a su moral, asumiéndola aún más en la pobreza. La suma de esos factores hace que la proporción de impedidos sea más alta en los estratos más pobres de la sociedad. Por esta razón, el número de familias pobres afectadas aumenta continuamente en términos absolutos. Los efectos negativos de estas tendencias obstaculizan seriamente el proceso de desarrollo.

- 107. En muchos países se han desatendido en particular los servicios sanitarios y sociales destinados a los enfermos mentales. La atención psiquiátrica de los enfermos mentales debe ir acompañada de la prestación de apoyo y orientación social a estas personas y a sus familias, que con frecuencia sufren un estado de tensión especial. Donde se dispone de tales servicios, disminuye la duración de la estancia y la probabilidad de un nuevo internamiento en la institución. En los casos en que las personas mentales retardadas adolecen también de problemas causados por la enfermedad mental, se requieren medidas para que el personal sanitario conozca las diversas necesidades relacionadas con el retardo».

- Convenio 102 O.I.T., de 28 de junio de 1952, sobre la norma mínima de la Seguridad Social, (ratificado por Instrumento de 17 de mayo de 1988): «Art. 1.2: A los efectos de los artículos 10, 34 y 49, el término "prestaciones" significa sea prestaciones directas en forma de asistencia o prestaciones indirectas consistentes en un reembolso de los gastos hechos por la persona interesada.../...Art. 2: Todo miembro para el cual esté en vigor este Convenio deberá: .../...b) Especificar en la ratificación cuáles son, de las partes II a X, aquéllas respecto de las cuales acepta las obligaciones del Convenio.

- Art. 7: Todo miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

- Art. 8: *La contingencia cubierta deberá comprender todo estado mórbido, cualquiera que fuese su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias.*

- Art. 10.1: *Las prestaciones deberán comprender, por lo menos: - En caso de estado mórbido: .../...*

i) La asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio.

ii) La asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales.

iii) El suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales cualificados, y

iv) La hospitalización, cuando fuere necesaria (...).

2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.

3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales».

De conformidad con lo establecido en el art. 2, España especificó en su ratificación la aplicación de las partes I a IV, VI y XI a XV. El Convenio entró en vigor para España el 29 de junio de 1989.

El texto del Convenio se ha incorporado al denominado "Código Europeo de la Seguridad Social" de 16 de abril de 1964, ratificado por España por Instrumento de 4 de febrero de 1994 (BOE nº 65, de 17 de marzo).

Por último, desde el plano internacional, merece significarse la Recomendación 1235 de 1994, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, referida a la psiquiatría y a los derechos humanos, en su apartado IV:

- *"Situación de las personas detenidas:*

a) Toda persona encarcelada tiene que ser examinada por un médico.

b) Se destinarán a cada institución penitenciaria un psiquiatra y personal especialmente formado.

c) Las reglas enunciadas precedentemente y las reglas deontológicas tienen que aplicarse a los detenidos y, especialmente, debe guardarse el secreto médico en la medida que sea compatible con las exigencias de la detención.

d) En ciertas instituciones penales para detenidos con trastornos de personalidad deberían establecerse programas socioterapéuticos."

En el contexto normativo español, además de los artículos constitucionales de general aplicación: arts. 10, 39, 41, 43 y 49, cabe destacar las siguientes disposiciones significativas:

- Ley 14/1986, de 25 de abril (BOE de 29 de abril), General de Sanidad: «Art. 20: *Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:*

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general».

- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (BOE nº 35, de 10 de febrero), de ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud: «Art. 5: 1. La utilización de las prestaciones se realizará con los medios disponibles en el Sistema Nacional de Salud, en los términos y condiciones previstos en la Ley General de Sanidad y demás disposiciones que resulten de aplicación y respetando los principios de igualdad, uso adecuado y responsable y prevención y sanción de los supuestos de fraude, abuso o desviación.

2. Las prestaciones recogidas en el Anexo I solamente serán exigibles respecto del personal, instalaciones y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo lo establecido en los convenios internacionales.

3. En los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

. Anexo I: Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad: .../...3. Atención especializada: .../...c) La asistencia especializada en régimen de hospitalización, que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen. d) La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de

grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización, de acuerdo con lo especificado en el apartado anterior».

- Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental (BOJA de 10 de enero de 1989): «Art. 10. En el nivel de atención especializada se crean las siguientes Unidades, de carácter experimental:

1. Unidad de Docencia y Psicoterapia.

2. Comunidad Terapéutica.

3. Hospital de Día.

- Art. 11.1: Las Unidades Experimentales que se relacionan en el artículo anterior tendrán como ámbito territorial de actuación uno o más Áreas Hospitalarias, en función de las necesidades de asistencia, y actuarán como Centros de Referencia en relación a los Equipos de Salud Mental de los Distritos comprendidos en su ámbito territorial de actuación (...).

- Art. 12.1: La Unidad de Docencia y Psicoterapia tendrá por objeto el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos y la formación de personal en la materia.

- Art. 13.1: La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de hospitalización activa, de media y larga duración, adscrito funcional y orgánicamente, a un Hospital General, Básico o de Especialidades.

2. A la Comunidad Terapéutica le corresponderán las siguientes funciones:

1. Prestar atención activa y continuada a pacientes derivados desde los Equipos de Salud Mental de los Distritos comprendidos en su ámbito de actuación, cuyos problemas no pueden resolverse en el ámbito comunitario ni en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

2. Actividades de formación del personal en técnicas de abordaje psicoterapéutico en el marco hospitalario.

- Art. 14.1: El Hospital de Día es un dispositivo de hospitalización parcial, y en cuanto tal, se configura como recurso intermedio entre la

Unidad de Salud Mental de los Hospitales Generales y los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria.

2. Son funciones del Hospital de Día las siguientes:

1. Desarrollar programas de atención activa en régimen de hospitalización diurna en relación a los pacientes remitidos por la Unidad de Salud Mental de los Hospitales Generales y/o los Equipos de Salud Mental de los Distritos incluidos en su ámbito territorial de actuación.

2. Desarrollar actividades de formación continuada, reciclaje de personal e investigación operativa de salud mental.

- Art. 15: En el plazo máximo de tres años deberán ser evaluadas las actividades desarrolladas por las tres unidades experimentales que se crean, a efectos de decidir sobre su implantación con carácter definitivo, o su supresión. A tal efecto, por el Consejero de Salud y Servicios Sociales se arbitrará el procedimiento oportuno, elevando la correspondiente propuesta al Consejo de Gobierno para su aprobación».

Hemos destacado la normativa vigente más significativa en materia de protección sanitaria y social de los enfermos mentales, aunque renunciamos a agotar el protocolo jurídico de aplicación.

Aparte de la normativa de índole asistencial sería bueno aportar los preceptos del Código Penal y Ley y Reglamento Penitenciario que pueden afectar al contenido del informe:

- Código Penal:

- Art. 20. Están exentos de responsabilidad criminal: 1º. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no puede comprender la licitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

.../...

- Art. 60. 1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave

que le impida conocer el sentido de la pena, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le haya impuesto garantizando el Juez o Tribunal que aquél reciba la asistencia médica precisa.

2. 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, puede dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente.

.../...

- Artículo 101.1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuera necesaria, la medida de Internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código».

De la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, habría que destacar al siguiente precepto:

- Art. 36. 1. En cada Centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el Establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un ayudante técnico sanitario y se dispondrá de los servicios de un médico odontólogo y del personal auxiliar adecuado.

2. Además de los servicios médicos de los Establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las Instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios.

3. *Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones Penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho».*

- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario:

- *Art. 183. Objeto. Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos Centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.*

- *Art. 184. Ingreso. El ingreso en estos Establecimientos o Unidades psiquiátricas penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos:*

a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la Autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda.

b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en Centro psiquiátrico penitenciario.

c) Penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad psiquiátrica penitenciaria.

.../...

- Art. 189. Actividades rehabilitadoras. Con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social, sino abarcando también a aquéllos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y la integración social.

.../...

- Art. 207. Asistencia integral. 1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles.

2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

3. La Administración Penitenciaria abonará a las Administraciones sanitarias competentes los gastos originados por las inversiones precisas para la adecuación de las plantas de hospitalización o consulta de los Centros hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad.

Del Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, en la parte que queda vigente, deducimos lo siguiente:

Art. 284. Al Psiquiatra le corresponderán las funciones siguientes: 1ª. Explorar a los internos conforme a los métodos propios de su especialidad para apreciar la posible existencia de anomalías

mentales, aportando los informes correspondientes al Equipo de que forme parte y redactando los que se hayan de remitir a la Dirección General o a otros Organismos oficiales.

2ª. Realizar el tratamiento médico-psiquiátrico de todos los internos enfermos mentales o que presenten anomalías o trastornos de esta naturaleza.

3ª. Ejecutar los métodos de tratamiento penitenciario de naturaleza preferentemente psiquiátrica, en especial la psicoterapia individual o de grupo de los internos cuyo programa así lo exija.

4ª. Asistir como Vocal a las reuniones de los Equipos de Observación o de Tratamiento, participando en sus acuerdos y actuaciones.

5ª. Vigilar todo aquello que redunde en la salud mental de la población reclusa en el Establecimiento, tomando las medidas adecuadas para dicho fin con la colaboración del Médico del mismo.

6ª. Emitir los informes que le sean solicitados por las autoridades judiciales y actuar como Perito ante los Tribunales de Justicia si fuera requerido.

7ª. Cumplir cuantas tareas le encomiende el Director concernientes a su cometido.

8ª. En los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento y al imperativo de las necesidades psiquiátricas.

Cuando en dichos Centros haya varios Psiquiatras, uno de ellos actuará como Jefe de los Servicios Médicos y coordinador de todas las actividades sanitarias».

5. Resultados obtenidos de la investigación.

5.1. Número de enfermos mentales que se hallan internados en centros penitenciarios.

Siendo el objetivo del presente Informe exponer la situación de los enfermos mentales que se encuentran internados en centros penitenciarios, surge como primer elemento de investigación la magnitud más elemental y previa para abordar el problema, cual es conocer numéricamente esa situación.

Nos planteamos, pues, precisar el número de enfermos mentales que se encuentran en estos centros. Este dato, que pudiera ser fácilmente obtenido gracias a la información ofrecida desde los distintos centros que cumplimentaron el cuestionario fue, sin embargo, una cuestión que ofrecía no pocas consideraciones previas que debían ser tenidas muy en cuenta para poner en su justo ámbito los datos obtenidos.

La primera de estas cuestiones es el propio concepto de enfermo mental que se acoge en esta investigación.

En el curso de la investigación nos referimos a aquellos enfermos mentales que se encuentran en un estado de cronicidad que les incapacita e invalida. Descartamos, por tanto, aquellos otros internos que padecen enfermedades mentales ocasionales, o éstas no son relevantes. Hemos tratado de ser muy precisos ya que nos interesaba registrar los casos de verdaderos trastornos mentales que incapaciten a la persona, o una dolencia mental grave que dificulte o impida conocer el sentido y alcance del cumplimiento de la pena de privación de libertad. A su vez, hemos excluidos a los deficientes psíquicos que también pueblan nuestras prisiones, ya que pretendemos reservar esta materia a un posterior estudio específico sobre estos enfermos. Esta delimitación conceptual de lo que entendemos, a los efectos de este informe, como enfermo mental crónico, ha significado un aminoramiento muy sensible en las cifras que nos han sido facilitadas, al quedar excluidos por las razones explicadas otras dolencias - importantes, sin duda- pero que carecen de la entidad frente a las que trata el trabajo.

Otra de las cuestiones que ha afectado muy directamente a la hora de evaluar el número preciso de estos enfermos mentales internos es la propia dificultad que encierra conocer en el ámbito penitenciario el número de estos enfermos que puedan estar internados en los centros

Según nos han hecho llegar desde los responsables médicos de los centros, discernir un número preciso resulta difícil porque las psicopatologías, en su concepción más general, pueden afectar a una proporción importante de internos, y es complejo precisar el alcance de la afección. Nos explicaban otra serie de razones, ya que en los centros penitenciarios no se clasifica a los internos en función de las patologías que padecen, sino en razón a patrones penitenciarios.

Aun a pesar de estas dificultades que nos hacían llegar, es lo cierto que hemos comprobado como, gracias a la labor de los Subdirectores Médicos y del resto de facultativos, se suele tener un conocimiento preciso del estado sanitario de los presos, y se reconoce e identifica a la mayor parte de los enfermos mentales que demandan tratamiento psiquiátrico. Además, los partes de consultas incorporan los motivos que originan la petición, y es, relativamente fácil distinguir las patologías psíquicas.

Sin embargo, debemos apreciar como muy útiles estos elementos que matizan las condiciones que inevitablemente operan en un tema tan delicado como el que se planteaba en la pregunta sobre el número preciso de estos enfermos internados en los respectivos centros.

El cuadro número 1 sobre el número de afectados está elaborado según la información suministrada por los propios centros penitenciarios. En unos casos, existe un parte o libro de consultas y es relativamente fácil extraer la información, y, en otros, la selección se ha verificado, de un lado, advirtiendo los que estaban en enfermería, y de otro, se han añadido los que permanecían en módulos ordinarios. En todos los casos, la información contrastada se ha aportado por los propios facultativos que asisten a los enfermos y en función de los criterios médicos. Insistimos que se comprende en la tabla sólo los casos de trastornos mentales graves.

CUADRO I

ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS INTERNADOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES

Centro Penitenciario	Enfermos Mentales Crónicos Internados
Málaga	61
Almería	50

Pto.Santa María II	40
Sevilla II	50
Huelva	29
Jaén	80
Córdoba	20
Sevilla I	30
Algeciras	4
Granada	6
TOTAL:	370

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

Debemos tener en cuenta que el número de afectados ofrecido por cada centro responde al número de enfermos mentales crónicos que en el día de la visita se hallaban internados en el centro. Del mismo modo, respecto a los centros no visitados, la información que se incorpora, se refiere a los presentes en el día de la cumplimentación del Protocolo que nos fue remitido. Sólo excepcionalmente, la cifra se calcula en función de los enfermos que han estado internados en un determinado plazo de tiempo.

Con todas estas consideraciones, **existen 370 enfermos mentales crónicos que están ingresados en centros penitenciarios comunes en Andalucía.**

En todo caso, insistimos que la cifra total de enfermos internados en Centros penitenciarios en Andalucía es un elemento fluctuante y variará en función de los ingresos o salidas de cada día. Sin embargo, sí es una constante, y una realidad de nuestras prisiones, que un elevado grupo de enfermos mentales frecuentan los referidos centros.

Pero la relatividad de la cifra tiene un dato que nos ha sido igualmente facilitado y que viene a ratificar la certeza de la información obtenida. Nos referimos al indicador del número de patologías psiquiátricas severas que se detectan en relación con el número de ingresos anuales de un centro penitenciario.

Todas las personas que ingresan en un centro penitenciario -lo explicamos más adelante- se someten a un reconocimiento sanitario previo y formalizan una encuesta de información socio-sanitaria. En este acto de reconocimiento médico, se realiza una historia clínica y una exploración psicopatológica. Pues bien, el estudio estadístico de esta información tratada refiere que el 2 por 100 de los ingresos de los centros penitenciarios comprende a personas con trastornos mentales graves. Este dato acoge un consenso mayoritario: **en los centros penitenciarios tienen acreditado que el 2 por 100 de los internos que ingresan son enfermos mentales crónicos.**

Como decíamos, este indicador de gestión viene a coincidir con una significativa aproximación con el dato que esta Institución ha elaborado a partir de las visitas.

De la misma forma que el cuestionario ha reflejado que existen en estos momentos 370 enfermos mentales crónicos en las prisiones andaluzas, podemos tomar el índice del 2 por 100 sobre los ingresos totales en las prisiones andaluzas, y resultará, de manera coincidente, que en torno a unas 400 personas enfermas mentales ingresan en los centros penitenciarios en Andalucía.

Conocido ya el número de enfermos internados, pasamos a exponer con más detalle su distribución en las distintas prisiones andaluzas y la incidencia del problema en cada centro respectivo. Este dato se obtiene de relacionar la población reclusa habitual que ocupa cada uno de los centros consultados con la incidencia de los enfermos mentales crónicos que se encuentran en las mismas.

Con los datos de las prisiones indicadas, en su conjunto, **el 4,35% de los presos andaluces son enfermos mentales crónicos.** Estas magnitudes se detallan con mayor precisión en el cuadro número 2.

CUADRO II

TASA DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS INTERNADOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES

Centro Penitenciario	Población Reclusa	Tasa de Enfermos Mentales Crónicos
Málaga	1.700	3,5
Almería	700	7,1
Pto.Santa María II	1.000	4
Sevilla II	1.900	2,6
Huelva	450	6,4
Jaén	700	11,4
Córdoba	500	4
Sevilla I	720	4,1
Algeciras	430	1
Granada	400	2
TOTAL:	8.500	4,35

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

Tasa = % de enfermos mentales crónicos sobre población reclusa

En cuadro número 2 también necesita algunos comentarios explicativos.

- Jaén es el centro penitenciario que alberga mayor número de enfermos mentales crónicos, lo que provoca que, en concreto, el 11 por 100 de los internos del centro sufran estas psicopatologías. Algunas razones pueden justificar la alta tasa; primero, éste es el centro en el que la cifra de afectados se extrajo directamente del libro de visita de consulta, es decir, la fuente de información más fiable; y segundo, porque el referido centro cuenta con la colaboración de un

Psiquiatra Consultor que asiste a los enfermos mentales que requieren sus servicios.

- Los centros penitenciarios más poblados se ven afectados de una menor tasa de incidencia. En especial, Sevilla y Málaga se sitúan por debajo de la media. Es posible que en estas prisiones algunos casos pasen más desapercibidos dentro de una dinámica carcelaria densa y masificada, respecto a los centros de menor población reclusa.
- El resto de centros penitenciarios de tamaño medio se desenvuelven dentro de la tasa de incidencia general.

5.2. Tipología del enfermo mental interno en los centros penitenciarios.

Una vez estudiado el número de enfermos mentales crónicos que se hallan internados en los centros penitenciarios, nos interesa averiguar la tipología personal y social de las personas afectadas por este problema.

En el protocolo incorporamos una referencia concreta sobre el tipo de personas que comprende mayoritariamente el perfil de enfermo mental crónico penitenciarios. Como se ha indicado, el protocolo de cuestiones se detenía en considerar como rasgos para obtener la tipología del enfermo su edad, sexo, nivel cultural, nivel económico, aspectos laborales y su situación familiar.

Según la experiencia de los responsables facultativos predominan las siguientes circunstancias:

- Respecto del sexo, predominan los hombres frente a las mujeres. Realmente en las enfermerías de los centros penitenciarios no se halla internada ninguna mujer con problemas psíquicos: el problema reside en que no existen recursos específicos para atender a estas mujeres. No obstante, y para encuadrar el dato, es preciso indicar que el 90 por 100 de los internos penitenciarios son hombres, frente a 10 por 100 de mujeres.
- En cuanto a la edad, predomina la presencia de enfermos relativamente jóvenes, de 25 a 40 años, quizás los que no han conocido en Andalucía los antiguos Hospitales Psiquiátricos. También se localizan algunos casos significativos de personas mayores de 60

años que padecen enfermedad mental, y se encuentran cumpliendo penas amplias.

- Nivel Cultural: muy bajo, casi analfabeto. La generalidad disponen de un nivel cultural educativo ínfimo. La mayoría son analfabetos o, como máximo, han cursado estudios primarios.

- Nivel económico: muy bajo. En las prisiones le suelen gestionar la obtención de la pensión no contributiva por enfermedad. En general, excepto esta prestación, carecen de recursos económicos.

- Formación Profesional: mínima. Habitualmente, carecen de profesión u oficio. Si realizan trabajos, son de carácter no cualificado.

- Apoyo familiar: hay casos en los cuales el apoyo familiar se muestra decisivo y contribuye a abordar más adecuadamente al enfermo, conocer así sus circunstancias sanitarias y personales y facilitar la obtención de permisos o el tercer grado penitenciario. No obstante, predomina la ausencia de apoyo familiar. La mayor parte de estos enfermos se hallan totalmente abandonados a su suerte por sus familias. En algunos casos porque comprenden familias desestructuradas; en otros, la retirada de la familia se fundamenta en que llevan padeciendo las dificultades de convivencia desde hace largo tiempo, o han sido las propias víctimas de los delitos cometidos.

En sus respuestas, los responsables sociales de la prisión de Algeciras describían adecuadamente la tipología deducida de los datos anteriores:

"Se trata de internos que suelen tener antecedentes de consumo de drogas (de varios tipos: heroína, cocaína, psicofármacos), que pertenecen a un nivel bajo de la sociedad, con escasas relaciones con el resto de las familias, sin trabajo, con una educación muy escasa, sin cualificación: pertenecen a un nivel bajo de la sociedad, sin familia y con consumo de drogas. Vagan por la calle y suelen acabar en prisión por cualquier delito mínimo."

El centro penitenciario de Granada nos ratifica que *"suelen ser internos de clase social baja, con profesiones no cualificadas y generalmente en paro; muchos de ellos suelen ser pensionistas"*.

Concretando el conjunto de elementos que configuran el perfil social del enfermo mental penitenciario, resulta que este colectivo está mayoritariamente constituido por personas sometidas a una situación

de severa pobreza económica y cultural, y que padecen un elevado grado de marginación.

5.3. Las causas del ingreso del enfermo mental crónico en un centro penitenciario.

La cuestión que procede analizar se refiere a las causas que contribuyen a que estas personas acaben en un centro penitenciario común.

En principio, se trata de sujetos infractores que han cometido algún tipo de delito y cuya responsabilidad penal ha sido determinada por los órganos judiciales. Ahora bien, con demasiada frecuencia, la propia enfermedad mental grave pasa desapercibida en el proceso penal y no se contempla como causa de inimputabilidad de la responsabilidad contraída por la ejecución de los actos de enjuiciamiento. A nuestro modo de ver, esta circunstancia obedece a varias razones:

En primer término, cuando estudiamos la población de enfermos mentales infractores comprobamos que comprende, frecuentemente, a personas con escasos recursos económicos y con graves limitaciones en sus facultades para regir su propia persona y su actos. Estas circunstancias conducen a que, por lo general, la defensa en juicio de los enfermos mentales crónicos -la inmensa mayoría no están incapacitados- se atribuya a los abogados de turno de oficio.

Así, la propia dinámica de la designación del abogado de oficio y las limitadas capacidades de los enfermos mentales infractores provocan que la labor de defensa resulte difícil de preparar, pues ni siquiera el interesado se suele poner en contacto directo con el abogado, de tal modo que la psicopatología pasa habitualmente desapercibida.

Una segunda complicación que hemos constatado para abordar el planteamiento de la labor de defensa por parte de la representación de estos imputados es que, una vez advertida la enfermedad del encausado, paradójicamente, no convenía alegar la enajenación mental, ya que su reconocimiento por el Juzgador conllevaba -en aplicación del art.8.1 del antiguo Código Penal- la medida de internamiento en un centro psiquiátrico sin sujeción concreta a plazo temporal.

De tal forma, la declaración de la irresponsabilidad penal del enfermo, quizás por un delito menor, le conducía al Hospital Psiquiátrico Penitenciario sin acotamiento temporal de la medida. Existen experiencias en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de personas que habiendo cometido delitos menores -les hubiera correspondido una pena de algunos meses en prisión- han permanecido durante años en el centro psiquiátrico debido a la cronicidad de su patología.

En suma, tal como estaba configurado legalmente el internamiento en centros psiquiátricos, sólo era recomendable la invocación de la enfermedad en el caso de los delitos mayores, o cuando se aducía como eximente incompleta para atenuar el alcance de la pena. En realidad, más que suponer un beneficio, solía concluir perjudicando al encausado. El tratamiento legal que se ofrecía a los enfermos psíquicos infractores en el anterior Código Penal explica, aún hoy, una buena parte de la presencia de estos enfermos en los centros penitenciarios.

Existe otra circunstancia que no favorecía un tratamiento adecuado al enfermo psíquico, como tal afectado de dolencias mentales, y es que el reconocimiento de la causa de inimputabilidad suponía para el Ministerio Fiscal y para el propio Juez la obligación de mantener un seguimiento periódico y constante de la medida de internamiento decretada. Este expediente judicial permanecía activo en tanto en cuanto las circunstancias del paciente aconsejaban persistir con el internamiento o hasta que, en cualquier caso, desapareciera la peligrosidad criminal del sujeto. Si tenemos en cuenta el carácter muy mayoritario de dolencias de tipo crónico, comprenderemos que estas medidas y el seguimiento judicial de las mismas tenían vocación de persistir indefinidamente.

Estas circunstancias han venido provocando, con asiduidad, que a los enfermos mentales infractores se les haya exigido la responsabilidad penal sin contemplarse su peculiar realidad sanitaria y las limitaciones de sus facultades. El resultado de este efecto se evidencia en el curso de esta investigación; mientras se localizan 370 enfermos mentales graves en los centros penitenciarios comunes, en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario apenas hay internados 100 enfermos.

Así pues, como puede observarse, la tendencia consistente en evitar la medida de internamiento "sine die", ha arrastrado a los enfermos mentales infractores a los centros penitenciarios comunes.

Esta concadenación de circunstancias que han orientado al enfermo mental infractor hacia los centros penitenciarios, se ha visto

sustancialmente modificada con la promulgación del nuevo Código Penal. El Código Penal vigente ha establecido un límite temporal a los internamientos que se decreten como medida de seguridad y terapéutica. Así se deduce del artículo 101 en vigor, que determina que: «...*El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.*».

Existe otro elemento que ha influido notablemente en el éxodo de los enfermos mentales hacia los centros penitenciarios. Nos referimos ahora al perfil de la realidad social que suele rodear a estos enfermos, aislados de sus entornos sociales y familiares, sin un modo de asistencia o de cuidados que les conduce inexorablemente a una situación de absoluta marginalidad.

Ante estas carencias asistenciales, los enfermos mentales crónicos encuentran el cierre de los hospitales psiquiátricos civiles y la ausencia de alternativas institucionales para acoger a estos enfermos. Esta falta de alternativas -ya denunciada con reiteración por esta Institución- ha situado a un buen número de enfermos mentales en la indigencia y la marginación, como antesala de la delincuencia. La perspectiva unánime sobre este punto de los responsables médicos de los centros penitenciarios puede expresarse con el criterio que traemos a colación en este momento, y sobre el que volveremos más adelante:

"Se ingresa a muchos pacientes en prisión por no existir otro tipo de centros más adecuados para controlar la conducta que en la sociedad llevan determinados pacientes psiquiátricos".

Inciendo en este último aspecto del problema, otra causa ya apuntada brevemente, que ha venido incrementando la afluencia de los enfermos mentales a las cárceles andaluzas es la ausencia de estructuras institucionales de tutela de los enfermos mentales e incapacitados. La falta de representación y de atención a los intereses de estos enfermos, en especial respecto a los enfermos infractores, sitúa al afectado en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales.

Todas estas causas concurrentes han provocado la situación que se expone en este Informe: la elevada presencia de enfermos mentales en los centros penitenciarios comunes. Y ello, a pesar de la inidoneidad de la medida y del perjuicio asistencial que reporta para la evolución de la enfermedad de los afectados.

5.4.- La asistencia sanitaria de los enfermos mentales en prisión.

En este apartado nos referimos al alcance y contenido de la asistencia sanitaria que se presta a los enfermos mentales crónicos en las prisiones andaluzas:

* **Asistencia médica primaria:** prestada por los facultativos penitenciarios, consistente en el seguimiento del tratamiento que tuviera establecido el paciente por parte del Psiquiatra. Los servicios médicos de los centros penitenciarios funcionan como un centro de salud, responsabilizados de la asistencia primaria de la población reclusa. El equipo de profesionales está constituido por Médicos generalistas o especializados en medicina familiar y comunitaria, Diplomados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Estos profesionales, tras detectar la enfermedad mental en el estudio sanitario que se realiza en el ingreso al centro del interno, adoptan las medidas asistenciales precisas para controlar médicamente al enfermo. Tratan de perfilar el diagnóstico e indicar la medicación oportuna.

En general, la asistencia primaria a los enfermos mentales se garantiza adecuadamente en el ámbito carcelario.

CUADRO III

ATENCION PRIMARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.

Centro Penitenciario	Atención Primaria
Málaga	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Almería	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Puerto Santa María	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias

II	
Sevilla II	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Huelva	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Jaén	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Córdoba	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Sevilla I	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Algeciras	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Granada	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

* **Asistencia especializada:** este nivel de la asistencia es el competente funcionalmente para atender las psicopatologías de los enfermos mentales. Y es aquí, en el ámbito especializado, donde se verifican las mayores deficiencias en la asistencia que reciben los enfermos mentales. Recordemos que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la Recomendación nº 1235 (1994) referida a la psiquiatría y a los derechos humanos, considera que es necesario destinar a cada institución penitenciaria un psiquiatra y personal especialmente formado.

En este sentido hemos podido constatar que sólo la prisión de Jaén cuenta con Psiquiatra consultor permanente que asiste, con regularidad quincenal, a los enfermos mentales que demandan consulta. Acude al centro cada quince días, y suele realizar visita médica a 15 enfermos. En el año 1995 se realizaron en torno a 300 visitas psiquiátricas en el centro. Este volumen de consultas nos da una idea del alcance de la demanda y de la necesidad de la prestación asistencial especializada.

El centro penitenciario de Almería es frecuentado por una Psiquiatra Consultora solamente una vez al mes.

Los responsables de Algeciras nos indican que acude un psiquiatra cada quince días.

El nuevo centro de Huelva espera que cuando el conjunto de sus instalaciones estén ocupadas por población reclusa puedan disponer de un Psiquiatra de plantilla.

En la institución penitenciaria de Granada se nos indica que *"...dentro del contexto del Convenio de Colaboración firmado entre la Junta de Andalucía e Instituciones Penitenciarias, periódicamente, y en caso de necesidad cuando es avisado, para consulta en nuestro establecimiento un Médico Psiquiatra perteneciente al Servicio de Psiquiatría de la Ciudad sanitaria Virgen de las Nieves"*.

Excepto, estas colaboraciones, el resto de centros carecen de presencia de psiquiatra para atender en la prisión a los enfermos mentales.

En los demás centros, con frecuencia, la asistencia psiquiátrica se presta por parte de los profesionales de los Equipos de Salud Mental a los que se halle adscrito el centro penitenciario. De este modo, la atención especializada se dispensa por parte de los recursos públicos comunes de la población civil, que pertenecen al Servicio Andaluz de Salud. No obstante, en el control de la enfermedad por parte del psiquiatra de la zona o distrito surgen dificultades sobre el acceso a la asistencia. En ciertos centros penitenciarios las relaciones de interconsultas funcionan bien, los profesionales sanitarios intercambian información y los enfermos son controlados adecuadamente por los Psiquiatra del Equipo. Otras veces, sin embargo, cuando no tienen antecedentes del enfermo, la relación no está institucionalizada o dependiendo de los centros o protagonistas implicados, la asistencia psiquiátrica no llega a los pacientes. Los responsables médicos del centro penitenciario Sevilla II reconocían que la asistencia psiquiátrica en las cárceles apenas existe. En concreto, este centro debía de contar con la asistencia voluntaria e informal de un Psiquiatra del Hospital Penitenciario Psiquiátrico para procurar una atención especializada a los enfermos mentales.

En general, según la propia valoración aportada por los responsables de los servicios médicos, la asistencia especializada psiquiátrica que se presta a los enfermos mentales presos es deficiente. Según deducimos, la prestación especializada obtenida depende en gran medida del voluntarismo de los profesionales implicados, de tal modo, que cuando se mantienen estrechas relaciones entre ambos dispositivos sanitarios, la asistencia se normaliza, y es más irregular

cuando surgen vacíos o conflictos organizativos. También las listas de espera y la masificación que padecen algunos Equipos de Salud Mental contribuyen a dificultar el acceso a la asistencia.

CUADRO IV

ASISTENCIA ESPECIALIZADA PSIQUIÁTRICA DE LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.

Centro Penitenciario	Asistencia Psiquiátrica
Málaga	No hay psiquiatra
Almería	Visita Psiquiatra un vez al mes.
Pto.Santa María II	No hay psiquiatra
Sevilla II	No hay psiquiatra
Huelva	No hay psiquiatra.
Jaén	Psiquiatra Consultor.Visita quincenal.
Córdoba	No hay psiquiatra.
Sevilla I	No hay psiquiatra.
Algeciras	Visita quincenal Psiquiatra
Granada	No hay psiquiatra

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

* **asistencia hospitalaria:** cuando el enfermo mental sufre una agudización o brote de su patología es habitual que requiera asistencialmente el internamiento en un centro hospitalario para garantizar el control intensivo de la enfermedad. Sin embargo, en la dinámica carcelaria, el derecho de los enfermos mentales a recibir la

asistencia hospitalaria indicada médicamente, queda desvirtuada por las circunstancias reinantes.

Los servicios médicos penitenciarios tratan de controlar al enfermos en el ámbito de las propias enfermerías, pero cuando el caso les desborda necesitan remitirlo al hospital de referencia, en principio como un ciudadano más del área hospitalaria. Sin embargo, el nivel de aceptación de estos enfermos mentales en los centros hospitalarios es mínimo, y con frecuencia, acaban siendo rechazados de los hospitales. Este rechazo, inadmisibile en cualquier caso, tiene su origen en la conflictividad y dificultad que les generan -van custodiados por policías, pueden ser agresivos, el personal trata de evitarlos, distorsionan al resto de pacientes, etc-, y así como, por la situación de masificación que ya padecen muchas de las Unidades de Agudos de los Hospitales. Estas circunstancias ocasionan serias dificultades reales. De hecho, la mayor parte de los responsables facultativos penitenciarios deciden no remitir el enfermo al hospital, o sólo hacerlo con carácter excepcional.

Los responsables del centro Puerto Santa María II afirmaban claramente: *"... el Hospital de Puerto Real no admite el ingreso de enfermos mentales penitenciarios"*.

En el centro Sevilla II nos decían que: *"...cuando el control del enfermo es ya imposible lo pasamos a la Unidad Psiquiátrica del Hospital Virgen del Rocío"*. Sólo acaban derivando unos seis casos al año. Confirmaba que el hospital ofrece resistencias para internarlos y que cuando lo hacían permanecían el tiempo mínimo (48 horas). Del mismo modo, el centro de Huelva declaraba que el Hospital "Juan Ramón Jiménez" le devuelve en el día a los enfermos, ya que no permitían que se quedarán ingresados.

En el centro penitenciario de Málaga tan sólo se derivaba un enfermo al año. En Almería remiten sólo 4 ó 5 enfermos al año.

La institución penitenciaria de Jaén nos confirmaba igualmente las resistencias del Hospital "Princesa de España" para acoger a los enfermos mentales penitenciarios, y que a veces tenían conflictos con los psiquiatras del hospital.

La ausencia de medidas de internamiento hospitalario provoca serias dificultades para controlarlos en el seno de las enfermerías. Los responsables de la prisión de Algeciras nos manifestaban *"Durante la fase aguda en este centro hay serios problemas para su atención. Enfermos agitados, que rompen cristales, golpes continuos a las*

puertas, este centro no está capacitado para su atención." En el centro penitenciario de Jaén los Asesores de la Institución fueron testigos de las graves consecuencias que pueden provocar los trastornos de un enfermo mental descontrolado.

Como vemos, según el testimonio de los propios facultativos, el sistema sanitario público mantiene serias resistencias a la medida de hospitalización de los enfermos mentales penitenciarios. De hecho, la mínima frecuentación de los enfermos en los centros hospitalarios atestiguan la circunstancia denunciada.

* **asistencia farmacológica:** en general, los enfermos mentales internos en los centros penitenciarios están recibiendo todo el apoyo farmacológico que necesitan. La asistencia farmacológica queda garantizada, se están administrando incluso los medicamentos más modernos, a pesar de ser más caros.

Así mismo, los profesionales sanitarios pueden ejercer la libertad clínica sin limitaciones de prescripción.

Mientras los enfermos permanecen en enfermería la medicación se administra directamente por el personal sanitario, garantizando con ello la adecuada aplicación. Sin embargo, si se encuentran en módulo se les facilitan las dosis del día y es el propio enfermo quien se responsabiliza de la toma.

Los tratamientos sanitarios sólo se imponen coactivamente cuando el enfermo mental padece un brote violento. En estos casos, se le administra de forma coactiva la medicación -para ello, existen medios de contención mecánica-, notificando esta circunstancias al Juez de Vigilancia Penitenciaria. La comunicación del establecimiento del tratamiento sanitario obligatorio al Juez de Vigilancia Penitenciaria no se practica en todos los centros.

CUADRO V

PRESTACION FARMACÉUTICA A LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.

Centro Penitenciario	Prestación Farmacéutica
Málaga	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Almería	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Pto.Santa María II	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Sevilla II	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Huelva	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Jaén	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Córdoba	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Sevilla I	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Algeciras	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias
Granada	Servicios Sanitarios Instituciones Penitenciarias

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

* **asistencia rehabilitadora:** en esta materia existe unanimidad por parte de los centros penitenciarios en reconocer que no se está practicando ninguna medida de rehabilitación específica para los enfermos mentales. Tan sólo los centros de Málaga y Almería refieren alguna intervención rehabilitadora a través de terapia ocupacional.

En general, las funciones rehabilitadoras necesarias para la adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental no queda garantizada en el contexto penitenciario andaluz.

Recordemos que el artículo 189 del Reglamento Penitenciario preconiza las actividades de rehabilitación con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar la vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos. El mismo precepto prescribe que por parte de los establecimientos o unidades se establecerá una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, de aspectos tales como la autonomía personal y la integración social.

Del mismo modo, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad exige que los poderes públicos desarrollen servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

CUADRO VI

ATENCIÓN REHABILITADORA A LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.

Centro Penitenciario	Atencion Rehabilitación
Málaga	Algo de terapia ocupacional

Almería	Nada, en líneas generales. A veces, se establece terapia ocupacional.
Pto.Santa María II	Nada
Sevilla II	Nada
Huelva	Nada
Jaén	Nada
Córdoba	Nada
Sevilla I	La misma que al resto de población reclusa.
Algeciras	Nada
Granada	Nada

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

* **la coordinación asistencial:** algunos elementos de coordinación entre las redes asistenciales ya se han ido deduciendo a lo largo de este epígrafe; no obstante, en el protocolo incluimos un pregunta integradora sobre las actuaciones de coordinación que se llevan a cabo con el sistema sanitario público para llevar a cabo el seguimiento asistencial de los enfermos. De las contestaciones obtenidas podemos extraer las siguientes conclusiones:

- *¿Se estudia la evolución asistencial del interno enfermo mental antes de su ingreso?*. Impera la practica informal de requerir de los Equipos de Salud Mental de la zona, los datos asistenciales más significativos del paciente. A los propios centros penitenciarios les interesa conocer el pasado del enfermo y es habitual que traten de ponerse en contacto con los responsables de las unidades de salud mental para obtener información sobre la evolución asistencial de los pacientes. Hay centros que reconocieron

que, a no ser que lo alegue el propio enfermo o sus familiares, prescinden de conectar con los servicios sanitarios. Y en general, priman las relaciones informales y voluntaristas de los profesionales implicados. En todo caso, según nuestro testimonio, se suele adquirir información sobre los pacientes pertenecientes a la zona donde radica el centro penitenciario o como máximo de la provincia, pero sobre el resto se prescinde.

- *¿Se coordinan las acciones asistenciales con los recursos públicos del sistema sanitario?* En este aspecto las acciones son más tímidas. En realidad, lo frecuente es resolver la asistencia en el marco sanitario del centro penitenciario, como hemos visto anteriormente las salidas de los enfermos a los centros sanitarios públicos son excepcionales. La mayoría de los centros reconocen que no realizan medidas concretas de coordinación con los dispositivos civiles. Sin embargo, en otros, cuando existen buenas relaciones profesionales, la participación de información y colaboración es más fluida. Como nos decían en el Centro de El Puerto Santa María II, el sistema no está establecido, depende de libre relación entre profesionales.

- *¿Se obtienen las historias clínicas de los enfermos?* Ninguno de los centros consultados obtienen la historia clínica de los enfermos. Lo común es realizar una llamada telefónica para recibir las impresiones médicas sobre el paciente, o como máximo un informe resumen.

Como se aprecia, la coordinación asistencial entre la red pública y la penitenciaria no está debidamente establecida, ya que no existen mecanismos institucionales que promuevan las acciones de colaboración para garantizar la adecuada prestación sanitaria y los mecanismos de comunicación entre ambos dispositivos. Actualmente, la situación se desenvuelve en régimen de informalidad que varía en función del voluntarismo e inquietud de los profesionales implicados.

CUADRO VII

COORDINACIÓN CON LOS RECURSOS ASISTENCIALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO SOBRE LOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.

Centro Penitenciario	CoordinaciónAsistencial
Málaga	A instancia del Centro Penitenciario.
Almería	Generalmente la coordinación es voluntarista depende de los profesionales. Es posible con los pacientes del área.
Pto.Santa María II	El sistema no esta establecido. Depende de la libre relación entre profesionales.
Sevilla II	Nada.
Huelva	Si muy bien, con los psiquiatras del ESM.
Jaén	No. Excepcionalmente a instancia de la familia.
Córdoba	Nada.
Sevilla I	Se intenta a través de la citas con los ESM. Ha mejorado ultimamente.
Algeciras	Se coordina con el ESM.
Granada	Se suelen coordinar con los servicios asistenciales públicos.

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

CUADRO VIII

**RESUMEN: ASISTENCIA SANITARIA DE LOS
ENFERMOS MENTALES INTERNADOS EN CENTROS
PENITENCIARIOS.**

Centro Penitenciario	Asistencia sanitaria
Málaga	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico: atención primaria <li style="padding-left: 40px;">-Asistencia farmacéutica. -Asistencia especializada: excepcional -Internamiento hospitalario: excepcional. <li style="padding-left: 40px;">Asistencia psicológica: nada
Almería	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada: consulta psiquiatra (1 vez mes). -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica: a veces.
Pto.Santa María II	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada:nada. -Internamiento hospitalario:nada -Asistencia Psicológica: nada
Sevilla II	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada:nada.

	<ul style="list-style-type: none"> -Internamiento hospitalario:nada -Asistencia Psicológica: nada.
Huelva	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada:nada. -Internamiento hospitalario:nada -Asistencia Psicológica: a veces.
Jaén	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada: Psiquiatra Consultor.Visita quincenal.. -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica: a veces.
Córdoba	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada:nada. -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica:nada.
Sevilla I	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada: a través de ESM. -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica:nada.

Algeciras	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada: Visita quincenal Psiquiatra. -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica:nada.
Granada	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médico A.P. - Asistencia farmacéutica. - Asistencia especializada: ocasional. -Internamiento hospitalario: excepcional. -Asistencia Psicológica:nada.

Fuente: elaboración propia conforme a los datos obtenidos en los Centros Penitenciarios.

5.5. La integración del enfermo mental penitenciario.

En este punto tratamos de verificar la función de reinserción social que desarrollan las instituciones penitenciarias de cara a integrar socialmente a los enfermos mentales crónicos que abandonan los centros. Determinar qué actividades se llevan a cabo para asegurar la efectiva acogida familiar o social de estos enfermos.

Con esta finalidad, preguntamos a los centros, que si una vez cumplida la pena se realizaba algún trabajo de integración del enfermo en su familia o sociedad. La respuesta negativa fue unánime. Ningún centro penitenciario realiza directamente, ni en coordinación con

los recursos públicos del sistema sanitario o de protección social, funciones de integración del enfermo mental en su entorno. Cuando el interno cumple su pena abandona la cárcel, sin que en ningún caso se adopten medidas para asegurar la acogida del enfermo en su casa o en su ambiente.

El Centro Penitenciario de Jaén nos comenta, a este respecto, que sólo excepcionalmente a instancia de la familia, promueven medidas de coordinación asistencial con los dispositivos públicos de la zona. En la prisión de El Puerto de Santa María mencionan que el sistema no está establecido y que depende de la libre voluntad y relaciones entre los profesionales. La Institución Penitenciaria de Granada suele comunicar las salidas: *"Por parte de los Servicios Médicos no se hace ningún trabajo de reintegración del enfermo en su familia o en la sociedad, al no ser este su cometido. En aquellos casos en los que no suele haber familia que responda o el paciente no esté compensado si se suele comunicar la excarcelación a los recursos psiquiátricos del sistema sanitario."*

En el curso de la investigación también ha quedado acreditado que se produce un alto nivel de reingreso de enfermos mentales en las cárceles. Los centros nos expresan que son multireincidentes y cíclicos. Nos dicen: *"...vuelven a reincidir, pero no por ser enfermos mentales, sino por las condiciones sociales que padecen. Es frecuente el reingreso"; " Es frecuente la reincidencia en la entrada en prisión de los enfermos mentales"*. La tasa de reingreso en el centro penitenciario es muy elevada, en especial respecto a los casos difíciles y problemáticos que carecen de apoyo familiar.

La ausencia de medidas de coordinación entre redes asistenciales dificulta el proceso de reinserción del enfermo en el ambiente social, y promueve el continuo reingreso de los enfermos en prisión. Para los facultativos los enfermos mentales acababan siéndoles familiares y conocidos; advertían que siempre eran los mismos que entran y salen de la prisión.

5.6.- La ausencia de alternativa social para el enfermo mental crónico infractor.

Es evidente que el centro penitenciario no es el lugar más adecuado para afrontar la asistencia sanitaria del enfermo mental, ni representa la medida terapéutica más indicada. A pesar de todo, sin embargo, y en función de su propia realidad social, el internamiento promueve en muchos casos, la primera intervención asistencial de la enfermedad y ayuda a controlar las patologías psiquiátricas.

En el Protocolo le planteábamos a los responsables sanitarios penitenciarios si consideraban a la prisión como una medida terapéutica, o al menos ayudaba a controlar a la enfermedad.

Desde este prisma, la explicación más completa nos la ofrecen en el centro penitenciario de Málaga: *"La prisión, en cuanto medida privativa de libertad, en absoluto puede considerarse como medida terapéutica, pero sí es un factor favorable para muchos internos, porque es precisamente en el centro penitenciario donde se detecta su enfermedad mental, puesto que normalmente se trata de sujetos que se encuentran al margen de lo que es el circuito ordinario de asistencia sanitaria. Muchos de los enfermos jamás han acudido a un psiquiatra y ni siquiera son conscientes de su propia enfermedad. Por tanto, el Centro representa al menos un punto de partida para el tratamiento asistencial de estas personas."*

En el centro de Almería valoran de una forma similar el ingreso de los enfermos mentales en prisión: *"Es más bien una medida terapéutica. Contribuye a permitir un abordaje continuo de la enfermedad. Antes, la mayoría no eran atendidos en ningún sitio, la cárcel significa un tratamiento continuado de la enfermedad."*

No obstante, a pesar de comprender el beneficio que, circunstancialmente un régimen cerrado y estructurado puede reportar para enfermos mentales que se desenvuelven en la marginación, no podemos desenfocar el correcto análisis de la intervención asistencial que realmente necesitan los enfermos. La valoraciones de los responsables médicos son diáfanos:

- *La prisión no puede ser en modo alguna una medida terapéutica para un enfermo mental. La incidencia en todos los casos es negativa para la evolución de la enfermedad (Centro Penitenciario de Sevilla I).*

- *Contribuye a exacerbar la enfermedad, la agudiza (Centro Penitenciario de Jaén).*

- *Es totalmente inadecuada. Perniciosa (Centro Penitenciario Sevilla II).*

Otros centros, destacando los perjuicios, valoran positivamente el control farmacológico:

- *"... en algunos casos contribuye a controlar la fase aguda por la garantía en el cumplimiento del tratamiento farmacológico" (Centro Penitenciario de Granada).*

- *Sólo contribuye a que se tomen el medicamento (Centro Penitenciario de El Puerto Santa María II).*

- *Ayuda a los descontrolados o descompensados a equilibrarlos y mediarlos. La mayoría están en la calle sin medicación ni tratamiento (Centro Penitenciario de Huelva).*

Las condiciones en la que viven estos enfermos mentales hacen que su presencia en los centros penitenciarios, les reporta, al menos, el beneficio de ser atendidos médicamente y recibir la asistencia farmacológica que precisan, de tal modo, que es más fácil detectar y controlar la enfermedad dentro de la cárcel que fuera de ella. Esta circunstancia encierra uno de los hechos más dramáticos que constata este estudio, como es el que estos enfermos mentales pasen desapercibidos para el

sistema sanitario público. Son personas que al no demandar servicios sanitarios ni sujetarse a normas de acceso a las prestaciones, acaban siendo excluidos de la atención sanitaria reglada. Por otra parte, la ausencia de dispositivos asistenciales, que cuando están en libertad, se ocupen de ellos, termina por desconectar al enfermo del sistema de salud. Ellos prescinden de los recursos sanitarios y estos ni los reconocen ni contemplan. El efecto es conocido, enfermos mentales crónicos que sólo son atendido mientras permanecen en prisión.

A la pregunta de *¿si existieran centros alternativos para la atención psiquiátrica se evitaría el ingreso de los enfermos mentales en prisión?*, obtuvimos una respuesta unánime por parte de los facultativos penitenciarios. El responsable médico del centro penitenciario Sevilla II aporta la reflexión que es compartida por todos: *"... se ingresa a muchos pacientes en prisión por no existir otro tipo de centros más adecuados para controlar la conducta que en la sociedad llevan determinados pacientes psiquiátricos"*.

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

6.- El enfermo mental interno de un centro penitenciario.

6.1. Los procedimientos de ingreso de los enfermos mentales crónicos en los centros penitenciarios.

Recordando las razones explicadas que propician el ingreso del enfermo mental, pasamos a relatar el proceso de incorporación en el centro penitenciario de estos enfermos mentales y las procedimientos de detección de la enfermedad en el ámbito carcelario.

Una vez que el interno ingresa en el centro penitenciario, en calidad de preventivo o cumplimiento de pena, se le somete a un protocolo de ingreso y a un chequeo sanitario. En el caso de que se refiera a un interno primario, se necesita historiar, y si se trata de un reingresado, se actualizan las historias clínicas.

Por parte de los servicios médicos de los centros se realiza un estudio sanitario previo de los ingresados. Se practica una exploración médica, se confecciona una historia clínica básica y se formaliza una breve encuesta de información socio-sanitaria. También, a veces, se solicita serología. Este proceso médico se completa con una entrevista personal con el interno que dispone de la posibilidad de alegar sus problemas sanitarios y sus necesidades farmacológicas.

A juicio de los facultativos, generalmente, las psicopatologías se detectan en la entrevista de ingreso. En el Protocolo inicial se incorporan algunas preguntas sencillas para valorar la capacidad psicológica del ingresado. Otras veces, para la detección de las psicopatologías, se acude a los informes judiciales, a los que aporte el propio enfermo o sus familiares, así como los estudios psicológicos que se realizan en la propia prisión.

El Centro Penitenciario de Córdoba nos reflejaba así la todo el proceso:

"Todos los internos que ingresan en un Centro Penitenciario son reconocidos por el médico, que realiza una anamnesis y exploración clínica tendentes a la detección de aquellos trastornos físicos y psíquicos de cada paciente; en ella se pueden poner de manifiesto los trastornos mentales, estudiando elementos de la conciencia, atención, orientación o memoria, que nos van a informar sobre su estado mental".

Los servicios médicos afirmaban que suelen detectar la mayoría de las psicopatologías en este acto de reconocimiento; no obstante, en algunas ocasiones, han pasado desapercibidas en el ingreso, o las patologías surgen en el curso del internamiento, se detectan por los funcionarios penitenciarios u otros profesionales que observan conductas anómalas e inmediatamente lo ponen en conocimiento del Servicio Médico.

Como vemos, en general, los sujetos afectados de una enfermedad mental grave suelen ser detectados en el primer reconocimiento que se lleva a cabo en el centro penitenciario; otras veces, las menos, se observa la psicopatología por sus comportamientos anómalos estando en módulos.

Una vez detectada la enfermedad mental en el interno, según la gravedad y del estado anímico en que se encuentre, se adoptan diversas medidas:

- Si acaba de ingresar y se halla exaltado o en brote agudo de la enfermedad, se le aprueba el programa de prevención de riesgos de suicidio (PPS), con vigilancia intensiva durante quince días. Se deja en enfermería y se realiza un seguimiento diario hasta el alta médica.
- En general, los centros penitenciarios mantienen a los internos enfermos mentales unos días en enfermería para observación. Si se comprueba que se hallan compensados y se adaptan bien, pasan a módulos. En régimen se suelen clasificar según la naturaleza de la enfermedad y la situación del enfermo; por ejemplo, los depresivos se distribuyen en módulos activos y positivos para que no se aislen. Los psicóticos crónicos no suelen salir de la enfermería y se mantienen en el recinto la totalidad de su período de estancia en la prisión.
- Detectada la enfermedad se aborda asistencialmente, y se indica el tratamiento farmacológico. Si el enfermo es conocido y aporta el tratamiento que le prescriben los Servicios de Salud Mental, se le mantiene el mismo; en caso contrario, se tratan de poner en contacto con los dispositivos sanitarios para confirmar el diagnóstico y evaluar el tratamiento.

Todas estas medidas conducen a diagnosticar y tratar al enfermo adecuadamente, y contribuyen a definir el régimen del enfermo en el entorno carcelario. Los internos con patologías más complejas o no controladas permanecen en enfermería durante largo tiempo, y las leves y controladas aconsejan que el enfermo se incorpore a los módulos.

6.2. Influencia de la enfermedad mental en el cumplimiento de la pena.-

En este apartado, hemos querido detectar la situación de los internos que padecen enfermedad mental ante la dinámica penitenciaria. Tratamos de verificar el nivel de la calidad de vida que disfrutaban los enfermos mentales en las prisiones, y la adaptación del medio penitenciario a sus peculiaridades psíquicas.

En las entrevistas mantenidas con los directivos de los centros penitenciarios, en la mayoría de los casos, se pulsa un ánimo de rechazo por la dificultades que los enfermos mentales provocan en la gestión del centro, en especial en el ejercicio de la función penitenciaria.

Algunos muestran la contrariedad directamente:

" La influencia es absolutamente negativa. Son elementos distorsionadores. La cárcel no está hecha para ellos. Es imposible hacer tratamiento penitenciarios con ellos" (Centro Penitenciario de Jaén).

"Rompen la dinámica de la cárcel. Producen desconciertos y alteraciones en la vida cotidiana estando en los módulos" (Centro Penitenciario de El Puerto Santa María II).

" La enfermedad mental imposibilita un cumplimiento normal de las penas. No pueden desarrollar tareas de limpieza, de estudio, que impide reducciones de pena por el trabajo. Su estado mental impide la realización de vida ordinaria con otros internos (acentuado en un centro como éste en el que no hay un espacio de patio concreto para los internos ingresados en la Enfermería). No entienden bien la legislación penitenciaria, por lo cual son fácilmente manejables y pueden sufrir alteraciones regimentales." (Centro Penitenciario de Algeciras).

"Algunos provocan problemas serios de alteraciones, y dificultan la gestión del centro" (Centro Penitenciario de Almería).

En otros casos, se intenta normalizar la atención penitenciaria a los enfermos mentales. En los centros penitenciarios de Sevilla I y II y Huelva se tratan como internos ordinarios, siempre que se hallen compensados en su enfermedad y no generen problemas; en caso, contrario se remiten a las enfermerías. Nos dicen que aunque sufren alteraciones, la mayoría se encuentran adaptados, o más bien, contenidos.

Otras veces, se valora la especificidad de la atención penitenciaria a los enfermos mentales y se tratan de adoptar medidas compensatorias - centros penitenciarios de Málaga y Almería.

Aunque es difícil la generalización, a pesar de la disparidad de opiniones, se constata la dificultad para ejercer la función penitenciaria con los enfermos mentales crónicos. Los mayores conflictos surgen en relación con la convivencia con el resto de presos y para la obtención de los beneficios penitenciarios. En el Centro Penitenciario de Jaén nos resumían en pocas palabras, lo que sucedía: "En

general son difíciles de llevar. No pueden participar en las actividades del centro. Se aparcan para que no den problemas"

Hay que tener en cuenta que el enfermo psíquico que se encuentra interno en un centro penitenciario no forma parte de ningún grupo homogéneo. Esto ocurre, no sólo por los distintos diagnósticos y las distintas fases de la enfermedad en que pueden encontrarse, sino también por las distintas situaciones procesales o penales a las que estén sujetos.

Por otra parte, las actividades individuales de rehabilitación de las personas que padecen trastornos psíquicos crónicos, son muy escasas o nulas. La prisión, es un medio hostil y de ambiente enrarecido, que suele empeorar el estado del enfermo mental.

Las posibilidades que tienen estos enfermos de realizar actividades de tipo ocupacional: labor-terapia, terapias grupales, escuela de aprendizaje, etc. son escasas o nulas al no existir esta posibilidad en la mayoría de las prisiones. A esto se une las dificultades de adaptación de este tipo de internos a la dinámica del departamento, ocasionando con frecuencia problemas con el resto de los compañeros y con los propios funcionarios dado sus altibajos y fluctuaciones en su estado emocional. Por contra, son con frecuencia otros internos los que se ocupan de atender y ayudar a estos enfermos en labores diarias, estableciéndose así un sistema de ayuda mutua.

En una prisión ordinaria el tratamiento del enfermo no suele estar organizado ni planificado desde un punto de vista terapéutico, excepto por el suministro de fármacos, por lo que su quehacer diario se limita a un deambular por el departamento estableciendo solo los límites que marca el horario al que está sujeto la vida del centro.

No se realiza un seguimiento o intervención sistemática del enfermo ni de su familia, ni directa ni indirectamente a través de los equipos de trabajo social de otras administraciones públicas, siendo esta función imprescindible para promover el proceso de rehabilitación. Como ya se ha explicado, la atención psiquiátrica se realiza fundamentalmente por medio de las consultas

externas a los Equipos de Salud Mental correspondientes a las zonas colindantes al centro, actuándose sólo sobre el control farmacológico del enfermo.

La atención social que se presta a estas personas, en un centro penitenciario ordinario, se basa fundamentalmente en los contactos familiares, de cara sobre todo a mantener el vínculo entre el interno y su familia siempre y cuando esta relación no se encuentre quebrada como ocurre con frecuencia. Por otra parte, se intenta cubrir la carencia de elementos tan básicos como DNI, situación económica regularizada, cartilla de asistencia médico farmacéutica, etc.

Respecto a la situación penal y penitenciaria del enfermo mental crónico, se advierte que, si se trata de un interno en situación de preso preventivo o de internamiento judicial a disposición de un juzgado, las posibilidades de actuación están en función del tiempo que se prevea que puede permanecer en prisión. Si nos encontramos ante una persona en situación de penado, se someterá al proceso de clasificación al igual que el resto de los demás internos.

Los enfermos mentales no suelen ser clasificados en tercer grado de tratamiento, ante las dificultades que puedan presentar para vivir en régimen abierto o de semilibertad, dada la falta de responsabilidad por su parte para asumir esta forma de vida. *"El tercer grado es difícil adjudicarlo"* (Centro Penitenciario Puerto Santa María II).

En cuanto a los permisos de salida, también suelen encontrarse con dificultades para su concesión, ya que con frecuencia se trata de personas en situación de abandono o desprotección con una desvinculación total de familiares o instituciones que le custodien y velen por que sus necesidades más básicas se encuentren cubiertas. También surgen problemas, aun cuando el enfermo cuente con relaciones familiares, dado que el acoger al enfermo durante un permiso le supone adquirir "un compromiso" con la Institución Penitenciaria que conlleva ciertos riesgos de no ser cumplidos, dadas las características de estas personas.

El enfermo puede regresar al núcleo familiar cuando exista una relación positiva con su grupo familiar y un entorno social normalizado, que acepte al enfermo y realice una labor de protección hacia el mismo facilitando su integración. Estos casos, según se comprueba, son los menos, dadas las características tanto del enfermo como de las familias, pues éstas suelen carecer de recursos humanos y económicos para atenderle, o bien se niegan a hacerlo por la alteración que pueda producir el enfermo en la convivencia familiar. Con frecuencia se dan también casos en los cuales los delitos han sido cometidos en el seno de la propia familia o en el entorno social que rodea a ésta, llegando incluso a estar establecido por sentencia la imposibilidad de volver al lugar de los hechos.

Los casos en que el enfermo carece de un medio familiar que le acoja, es necesario una institución o recurso que cubra esta necesidad. Es aquí donde surgen las mayores dificultades; al no existir alternativas en la comunidad, se provoca que los enfermos tengan que permanecer más tiempo en la prisión al no beneficiarse de la libertad condicional, o estén más tiempo como internados judiciales, ya que la duración del internamiento aunque no pueda exceder del límite que marca la ley, puede verse afectada en función de la evolución de la enfermedad y de los recursos disponibles para vivir fuera de la prisión.

6.3. Peculiaridades de la estancia de un enfermo mental en la prisión.

Lo más destacado del estudio realizado a este respecto es el alto número de enfermos mentales que cumplen sus condenas en las enfermerías de los centros. Por regla general se destinan a la enfermería para evitar conflictos y alteraciones de convivencia en los módulos.

Los conflictos de los enfermos mentales con el resto de internos están a la orden del día. Las opiniones de los centros son claras:

"Provocan muchos conflictos con los demás presos. En la mayoría de los casos los demás internos lo rechazan. Generan problemas en las comidas, no se bañan, se desnudan, se masturba en público, etc. La relación con los otros presos es compleja, los utilizan y abusan de ellos." (Centro Penitenciario de El Puerto de Santa María).

"Durante su estancia en este centro pasan la mayor parte del tiempo en enfermería (este centro no tiene patio específico para estos internos); el resto de internos lo consideran peligrosos, de reacciones imprevistas, con dificultades para entablar relaciones mínimamente sociales de compañerismo (en raros casos de mínima amistad). Son fácilmente manejables." (Centro Penitenciario de Algeciras).

Otros centros tratan de mantener un régimen de normalidad de los enfermos mentales que permanecen en módulos, siempre que estén compensados y controlados. Las mayores dificultades se ponen de manifiesto en los brotes agudos que distorsionan la convivencia penitenciaria. En estos casos la retirada a enfermería se hace imprescindible.

Otro procedimiento extendido para "cuidar" a los enfermos mentales en módulo, consiste en asignarle un interno de apoyo, que a su vez recibe recompensas penitenciarias por prestar esta labor. Este interno le asiste, evita que se complique en problemas y reclama la atención del funcionario cuando surgen incidentes. En parte, podemos decir que los internos de apoyo realizan una función de cuidadores de los enfermos mentales.

En el Centro Penitenciario de Jaén, nos daban las claves de la intervención: *" lo importante es buscarle un buen*

módulo y clasificarles bien. Necesitan que los ayuden algún interno". Una buena clasificación y situar a los enfermos mentales en un ambiente de mayor tolerancia y comprensión facilita la estancia en estos centros de internamiento.

Con el personal funcionario de los centros las relaciones también son complejas. En general, tal como nos comentaban en los centros, el personal se encuentra con serias dificultades para tratar a los enfermos mentales; no son especialistas, y son los responsables de que cumplan las normas de convivencia, higiene y comidas, lo que no siempre es fácil. Para el personal, los enfermos mentales son un problema añadido que no saben atender, les genera complejidad el no saber cómo controlarlos.

Con habíamos dicho al inicio, una parte importante de enfermos mentales permanecían durante toda la condena o estancia penitenciaria en la enfermería de los centros. En concreto, respecto a los seis centros penitenciarios inspeccionados de los que disponemos información precisa, en los días de las visitas se encontraban 65 enfermos mentales ocupando plazas de enfermería. En el Centro Penitenciario de Jaén nos muestran el libro de alta y baja de enfermería y se constata que en el mes de marzo de 1996 se han producido 39 altas, y de entre ellas, 22 casos de enfermos mentales. Estiman que, como media, la mitad de la enfermería viene siendo ocupada por enfermos mentales. Algunos se hallan ingresados desde hace más de dos años ininterrumpidamente, y varios de ellos llevaban nueve meses en la enfermería sin salir.

En general, la vida en las enfermerías se desarrolla en un ambiente de apatía y desmotivación. Los internos se deben de desenvolver en instalaciones, aunque nuevas, estrechas y desangeladas, y desarrollan una vida de máxima pasividad y ociosidad. En las enfermería no hay nada que hacer durante todo el día. No existen actividades regladas ni tareas que realizar. No cuentan con más entretenimiento que un televisor, aunque en algunas enfermería está roto o no funciona. En realidad la estancia en las enfermerías está pensada para permanencia de períodos cortos y sujetos a unas condiciones físicas limitadas.

Por otra parte, como conviven muchos enfermos mentales en espacios reducidos, los conflictos y alteraciones emocionales son inevitables. En la prisión de Almería habían concentrado ocho enfermos mentales en una celda de la enfermería, y no era de extrañar los continuos incidentes que provocaban: conatos de incendios, alborotos, roturas del mobiliario y accesorios, destrozo generalizado, etc. Esta concentración de enfermos en las enfermerías de los centros penitenciarios en nada ayuda a solventar la situación asistencial sanitaria de los enfermos, pero, evidentemente, en las actuales circunstancias parece ser la única salida que puede ofrecer un centro penitenciario.

7.- La situación jurídica de los enfermos mentales penitenciarios.

Uno de los problemas añadidos que la enfermedad mental aporta en el contexto jurídico, se refiere a las dificultades que se les presenta a los afectados que formalmente disfrutan de plena capacidad jurídica y de obrar, a pesar de tener limitadas sus facultades para regir su persona y sus intereses, y no han sido declarados incapaces judicialmente. De esta forma, como ya hemos tratado, el enfermo se topa con el primer impedimento para preservar su seguridad jurídica, como es su disminuida facultad para emprender la tarea de su defensa jurídica frente a las acciones de terceros o del Estado que les pueda afectar en la órbita de su persona o intereses. Los procedimientos de incapacitación y establecimiento de tutela respecto a las personas que padecen disfunciones mentales, se practican escasamente; y son excepcionales en los casos de los enfermos mentales penitenciarios. La inmensa mayoría de estos enfermos, desde el punto de vista estrictamente legal, son sujetos a quienes se les reconoce capacidad de obrar plena, a pesar de padecer un trastorno mental severo, y carecen de tutores que asuman la responsabilidad de participar en el gobierno de su persona y sus intereses.

La práctica de la incapacitación no está extendida, sencillamente porque son personas desprovistas de recursos económicos y conocimientos suficientes para entender el alcance de su enfermedad y las medidas a adoptar para su defensa y protección personal y

patrimonial. Recordemos que predomina ampliamente el perfil de marginado social y pobre entre la población afectada de la reclusión penitenciaria, con escaso apoyo familiar y mínima intervención social. Estas condiciones inhabilitan de facto al propio incapaz de promover las acciones encaminadas a defenderse y protegerse judicialmente.

Cuando el enfermo dispone de familia, el apoyo deviene irrelevante por el bajo interés y despreocupación que la institución tutelar presenta para la propia familia. El contexto de pobreza y desinformación del sector social en el que nos movemos, dificulta notablemente la función integrativa. En estos casos no es frecuente encontrar patrimonio que defender ni recursos económicos que proteger; así, la tutela se convierte en una grave responsabilidad personal y patrimonial difícil de asumir por los familiares.

El enfermo mental sin tutor o persona que defienda sus intereses personales padece, además de su propia enfermedad, una notable desprotección jurídica, la presencia en la prisión viene a indicar el grado de desamparo que soportan. Ciertamente se evidencia la tesis que defendía el profesor Bercovitz: *"...el enfermo mental recluido en un centro penitenciario se encuentra privado de garantías jurídicas de todo tipo"*. Ahora bien, si el recluido posee patrimonio relevante y se procede a su incapacidad civil, la personal del recluido adquiere entonces un determinado tipo de protección que, aunque ante todo afecta a su patrimonio, de modo inmediato le afecta también a su persona. El Director del Centro Penitenciario Psiquiátrico nos confirmaba la evidencia: *"...la excarcelación del enfermo es rápida cuando existen recursos económicos para garantizar una intervención asistencial residencial en algún centro privado"*. La familia que dispone de recursos para sufragar un centro privado suele promover la salida del enfermo mental con prontitud. El problema es que la mayoría de los internos carecen de familia con recursos y se les priva de estos beneficios.

Preocupa el contemplar el tránsito repetitivo de enfermos mentales graves ante procesos penales que se abstienen de reflejar la realidad patológica de los afectados. No se alcanza a comprender como no se advierten estas

circunstancias personales, tan evidentes, en el curso del procedimiento penal. La rigidez del instrumento de internamiento y la ausencia de recursos residenciales específicos para estos enfermos son elementos que contribuyen a comprender las razones, pero en modo alguno justifican la acción. Las contrariedades y carencias del sistema han provocado un efecto ciertamente perverso: enfermos mentales graves que son juzgados como sujetos plenamente responsables, con la sana intención de evitarles males mayores, ya que el reconocimiento de su propia enfermedad provocaba un perjuicio notable en el alcance de la reclusión.

La desprotección jurídica que padecen estos enfermos es completa, y les sitúa en una posición de extrema vulnerabilidad jurídica que les precipita hacia el vacío de sus derechos constitucionales efectivos.

Frente a la desprotección jurídica que soportan los enfermos mentales crónicos, apreciamos que deberían ser las administraciones públicas prestacionales las responsables de articular jurídicamente los instrumentos necesarios para resolver esta laguna social que las redes familiares no son capaces de solventar. En este sentido, sería conveniente que se constituyera una Institución Tutelar, cuyo fin básico sea el ejercicio de la tutela o curatela de los mayores de edad incapacitados legalmente residentes en Andalucía, cuando así lo determine la autoridad judicial competente, así como la defensa judicial de quienes estén sometidos a un proceso de incapacitación o el ejercicio de cuantas otras funciones determine la autoridad judicial en defensa de los presuntos incapaces en situación de desamparo. También sería conveniente atender a la integración y normalización de los adultos que se tutelen, la gestión de las rentas y patrimonios de éstos, y en general, el fomento del respeto a los derechos de las personas mayores de edad que se encuentren incapacitadas legalmente o sobre las que se haya iniciado un proceso de incapacitación.

Si no se concede el amparo jurídico desde el ámbito de la administración pública, directamente o tras convenio con asociaciones o fundaciones interesadas, es difícil que estos enfermos sean declarados incapaces y se le designe un tutor que vele por sus intereses personales. En

el ámbito de la Comunidad Autónoma ya existen experiencias de este orden, pero sería deseable que se generalizara su implantación a través de una Institución Tutelar Pública. Otras Comunidades Autónomas del territorio español ya se han dotado de este instrumento de apoyo tutelar.

8.- RECOMENDACIONES

1.- Que se adopten medidas preventivas de orden social y sanitario para atender a los enfermos mentales crónicos sin apoyo familiar.

2.- Que las administraciones responsables de las políticas públicas sanitarias y sociales adopten medidas concretas y eficaces para dotarse de los medios socio-sanitarios necesarios para la asistencia de los enfermos mentales crónicos que carecen de apoyo familiar o éste se muestra irrelevante.

3.- Que se establezcan programas específicos de coordinación para que los enfermos mentales que permanecen en prisión puedan recibir una asistencia psiquiátrica adecuada.

4.- Que se promuevan los recursos asistenciales necesarios para garantizar la función rehabilitadora de los enfermos mentales crónicos.

5.- Que se valore la oportunidad de crear una Institución Tutelar Pública cuyo fin básico sea el ejercicio de la tutela o curatela de los mayores de edad incapacitados legalmente residentes en Andalucía, cuando así lo determine la autoridad judicial competente así como la defensa judicial de quienes estén sometidos a un proceso de incapacitación o el ejercicio de cuantas otras funciones determine la autoridad judicial en defensa de los presuntos incapaces en situación de

desamparo. También sería conveniente atender a la integración y normalización de los adultos que se tutelen, la gestión de las rentas y patrimonios de éstos, y en general, el fomento del respeto a los derechos de las personas mayores de edad que se encuentren incapacitadas legalmente o sobre las que se haya iniciado un proceso de incapacitación.

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

7.- Que en la medida que sea posible asistencialmente, se desarrollen medidas de reinserción social y laboral de los enfermos mentales crónicos infractores.

8.- Sería deseable que por parte de los Centros Penitenciarios de Andalucía se establezcan programas de tratamientos específicos de rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales crónicos que se encuentran internados en los centros.