

POR LA ATENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL AFECTADAS POR PROCEDIMIENTOS PENALES O PRIVADAS DE LIBERTAD

ESEN (Espetxe Sarea Euskadi-Nafarroa) reúne a Asociaciones, Entidades y Organizaciones sociales del ámbito penitenciario que gestionan programas de intervención intrapenitenciarios y/o extrapenitenciarios de diversa índole en Euskadi y Navarra.

Uno de los déficit más importantes que observamos en nuestra actividad es la necesidad de una atención correcta e integral de las personas con enfermedad mental sancionadas penalmente o cumpliendo una pena privativa de libertad.

Defendemos:

- la mejor atención disponible para estas personas,
- en el ámbito comunitario,
- que tengan especialmente en cuenta sus necesidades y las de sus familias,
- con intervenciones coordinadas e integrales por parte de los sistemas judicial, penitenciario, sanitario y social,
- y el desarrollo de acciones que se enfrenten a la discriminación y al estigma de la enfermedad mental y de la privación de libertad.

El Informe del Ararteko de 2014 expresa que *"el colectivo de personas en el que concurren acumuladamente la enfermedad mental y la privación de libertad se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad"*, así como que *"los estudios sobre población penitenciaria ponen de manifiesto el importante deterioro de la salud mental de las personas presas y las deficiencias en el sistema de atención sociosanitaria, siendo escasos los medios disponibles."* Las investigaciones disponibles en España exponen que la prevalencia de las patologías mentales en prisión es 5 veces superior a la de la población general (84,4 % frente a 15,7 %), 8 de cada 10 personas privadas de libertad han sufrido a lo largo de su vida de un trastorno mental (incluyendo el consumo de drogas), el 41 % de la población reclusa padece un trastorno mental, y alrededor del 80 % tiene al menos un trastorno de personalidad. Para el ámbito de la CAPV, se puede calcular que permanecen en las prisiones de Araba-Álava, Basauri y Martutene unas 100 personas con trastornos mentales graves.

Respecto de este problema, **queremos compartir con las Instituciones y la sociedad una serie de consideraciones y reclamar los medios necesarios para paliar esta situación.** Por nuestros ideales y ámbitos de actuación vamos a centrarnos especialmente

en propuestas que tienen que ver con los recursos y medios disponibles en el ámbito comunitario.

1. Alta presencia de personas con enfermedad mental en prisión.

En los últimos años se han publicado informes y estudios sobre las personas con enfermedad mental en prisión. Destacamos el Informe del Grupo PRECA de 2011 (Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles) y el Informe Extraordinario del Ararteko de 2014 (La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV). Organizaciones y entidades sociales también han expuesto en diferentes informes las necesidades de atención de este colectivo (entre otros, "Estrategias de acogida en la comunidad de la persona encarcelada con enfermedad mental", Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, 2009; "Respuestas de entidades a cuestionarios -2011-", Anexo III del Informe del Ararteko, 2014; "Salud mental, Justicia y prisión", Informe SARGI, 2014). Nos remitimos a estos informes y estudios para confirmar con precisión la realidad existente y la necesidad de implementar con urgencia medidas y recursos que atiendan a este colectivo.

2. Recomendaciones del Ararteko.

En el Informe del Ararteko citado anteriormente se recogen 18 recomendaciones, que compartimos y hacemos nuestras. Queremos mencionar a continuación, por lo que respecta a la actividad que desarrollamos las entidades sociales, las siguientes:

“Respecto de la etapa previa al ingreso en prisión:

- R. 1: Resulta necesario fomentar la aplicación de medidas de seguridad (...). Ello exige, además, disponer de unidades adecuadamente preparadas para el cumplimiento de tales medidas en la red comunitaria.*
- R. 2: Es conveniente mejorar la formación de los y las profesionales del derecho y de la seguridad que entran en relación con la persona que padece enfermedad mental, desde la comisión del hecho delictivo y durante toda la tramitación procesal de la causa.*
- R. 5: Sería necesario reimplantar un servicio análogo al Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), con el fin de contar con un Equipo Interdisciplinar que funcionase en los partidos judiciales y que pudiera reunir y aglutinar la información de la persona de manera coordinada, que pudiera facilitar a los tribunales el conocimiento de la situación sociosanitaria de la persona, sirviendo de eje coordinador de las distintas administraciones y agentes intervinientes, de manera que permitiese a los tribunales tomar decisiones contando con el conocimiento más amplio sobre la realidad de la persona y sobre el recurso más apropiado al que derivarla.*

- R. 8: Es necesario facilitar a las personas extranjeras que padecen trastornos mentales el acceso a la atención sanitaria específica en términos de igualdad con el resto de la ciudadanía, evitando que por motivos administrativos y/o burocráticos (padrón, tarjeta sanitaria...) se vean privados del acceso al tratamiento que necesitan para su salud y acaben, como consecuencia de su enfermedad, desarrollando conductas disruptivas que les lleven a prisión.

Respecto del tiempo de estancia en prisión:

- R. 9: Un colectivo que requiere especial atención es el constituido por las mujeres con causas penales. Y es que, además de serles de aplicación el resto de las recomendaciones formuladas con carácter general para toda la población de nuestras prisiones, se aprecian en ellas psicopatologías de mayor gravedad y se encuentran con mayor dificultad para acceder a los recursos comunitarios, generando consecuencias más gravosas a nivel personal y familiar, dado que suelen tener hijos e hijas a su cuidado.

- R. 11 c: Aun insistiendo en la premisa de que el medio penitenciario no es el espacio adecuado para el tratamiento de estas personas, resultaría aconsejable una mayor implementación de intervenciones psicoterapéuticas específicas orientadas a los distintos trastornos, así como el desarrollo, por las y los técnicos de instituciones penitenciarias y por entidades sociales, del diseño de itinerarios de inserción que posibiliten una adecuada derivación y propicien el mejor encaje de la persona en los recursos externos.

- R. 11 d: Deberían incorporarse a las entidades comunitarias que intervienen con este colectivo en los equipos del PAIEM de las prisiones.

- R. 11 e: Resulta necesario que toda la intervención con personas presas afectadas de trastornos mentales, y dentro de ella especialmente el denominado PAIEM, gire su mirada del interior de las prisiones hacia el exterior, y en dicho sentido, se hace urgente favorecer la conexión entre el medio penitenciario y el medio comunitario: (i) Debe favorecerse el conocimiento por parte de las juntas de tratamiento de todos los recursos existentes en la red sociosanitaria vasca (...). (ii) Debe favorecerse la intervención previa de algunos de dichos recursos en el interior de los centros penitenciarios. (iii) Ha de propiciarse la aplicación del régimen abierto, en cualquiera de las variadas modalidades que ofrece el reglamento penitenciario, para posibilitar el tratamiento de estas personas en el exterior, sobre su permanencia en prisión, tratando de individualizar al máximo la ejecución de la pena.

Respecto de la salida de prisión:

- R. 12: Es necesaria la adaptación de los recursos ya existentes de la red de atención sociocomunitaria, con el fin de dotarlos de los medios adecuados para facilitar la atención y acogida de personas presas que padecen trastornos mentales.

- R. 14: Es urgente facilitar un mayor conocimiento de la red de recursos existentes en el tejido comunitario a las y los técnicos de instituciones penitenciarias encargados de elaborar los itinerarios de inserción y realizar las propuestas de

progresión de grado y excarcelación, mediante la elaboración de una guía de recursos que delimite los perfiles atendidos y los protocolos de acceso y derivación.

- R. 15: Se subraya la necesidad de estructuras residenciales de acogida en forma de pisos tutelados que ofrezcan alojamiento e intervención educativa, con acompañamiento diario y que posibiliten la excarcelación de las personas con trastorno mental para abordar su situación en un contexto más saludable y establecer itinerarios de inclusión más adecuados (...). En esta línea, se apunta la posibilidad de cualificar y reforzar los recursos residenciales destinados a personas afectadas por trastorno de uso de sustancias con mayores medios económicos y con personal que cuente con formación especializada (...). Por otra parte, habría de valorarse la necesidad de generar más recursos residenciales de larga estancia para personas con graves deterioros cognitivos, con Discapacidad Intelectual que ven limitada su autonomía personal de por vida (...).

- R. 16: Resulta necesario facilitar la accesibilidad de las personas con enfermedad mental a recursos residenciales como los indicados y también a recursos intermedios, hospitales de día, centros de día y talleres ocupacionales. En este sentido, es necesario flexibilizar los trámites burocráticos exigidos por las administraciones para el acceso a determinados recursos (empadronamiento, reconocimiento de la situación de dependencia...) especialmente en los casos de las personas presas que no acceden a canales normalizados o en los cuales los tiempos de espera suponen una prolongación de las situaciones de encarcelamiento.

- R. 18: Parece necesario el desarrollo y puesta en marcha de una atención cualificada y específica (integral, que incluya educadores/as y profesionales de la salud) que redunde en una mejor salud de estos/as menores (con especial atención al diagnóstico precoz y al abordaje específico) y en la propia optimización del trabajo de las y los profesionales. Para ello, es preciso profundizar en su formación en los ámbitos educativos, sanitario y judicial, y en la adecuada implementación de las herramientas y los procesos intervinientes en la atención de este sector de la población."

3. Por medidas y programas en el ámbito comunitario.

En nuestras Organizaciones acumulamos una experiencia amplia en este ámbito de actuación y conocemos la complejidad de la problemática. En el campo de la salud mental, durante la segunda mitad del siglo XX, se dieron cambios profundos -como la aparición de medicamentos eficaces, el desarrollo de los derechos humanos y una nueva concepción de la salud mental- que motivaron el movimiento de la Reforma Psiquiátrica, cuyo elemento central fue la desintitucionalización o cierre de los viejos manicomios, adoptándose un modelo de atención comunitario. En España, esta reforma psiquiátrica que se había iniciado en los países desarrollados en los años 60 y 70, se implementó a partir del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y de la Ley General de Sanidad de

1986, que reconocía un modelo comunitario de atención y los derechos de los enfermos mentales a un tratamiento accesible, público y gratuito.

Evidentemente ese proceso de Reforma supuso para las personas con una enfermedad mental grave y crónica cambios positivos y mejoras en su atención médica y social. Pero fueron también destacadas las insuficiencias y el escaso desarrollo de recursos residenciales, rehabilitadores o de apoyo social, lo que produjo un cúmulo de déficit que hacían difícil la adecuada atención comunitaria. El proceso de desinstitucionalización ha provocado fenómenos graves como la presencia de un porcentaje elevado de personas con enfermedad mental en prisión o en la calle, y el fenómeno de los y las "*pacientes de puerta giratoria*" (los enfermos y enfermas que necesitan ingresos hospitalarios frecuentes y transitan del hospital a un recurso residencial o albergue, o a la prisión, o a la calle...). La década de los 80 fueron años en los que la crisis industrial ahogaba la vida cotidiana de los pueblos y barrios obreros del País Vasco; el desempleo alcanzaba tasas del 24% -del 55% entre los que tenían de 20 a 24 años-; las drogas, especialmente la heroína, aumentaban su consumo de manera imparable, extendiendo la pandemia del VIH; la delincuencia asociada a las adicciones crecía, y por ende, las prisiones se llenaban de jóvenes, enfermos/as o pobres; o aumentaba el número de personas en situación de exclusión social grave o sin hogar. Se impulsó la Reforma Psiquiátrica, cerrándose las viejas instituciones, pero sin ofrecer alternativas residenciales y recursos intermedios comunitarios para muchos enfermos y enfermas que quedaban sin amparo y todo ello con una situación sociopolítica convulsa.

Paralelamente, en los años de la Reforma Psiquiátrica se daba también, en el contexto de la Transición, la "Reforma Penitenciaria", aprobándose en 1979 la Ley General Penitenciaria (con sus Reglamentos de 1981 y 1996). Era reconocida por estas normas la orientación resocializadora y reeducadora que tenían las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad, así como la necesidad de implementar un sistema de penas y de ejecución de las mismas humanizado y el deseo de una visión "social" o "comunitaria" para tratar el problema de las prisiones y la delincuencia. Pero el sistema penal y penitenciario se fue endureciendo progresivamente y de 10.000 personas presas en 1976 se ha llegado a la cifra de 66.000 en la actualidad (1.400 en la CAPV y 400 en Navarra). Ejemplo de este endurecimiento es el Código Penal de 1995 y sus reformas posteriores.

La realidad actual es la suma de los viejos problemas y de los más recientes: aparición de nuevas drogas con efectos muy patológicos, una crisis económica crónica que desplaza hacia la marginación a amplias capas sociales, llegada de inmigrante adolescentes y jóvenes con situaciones personales muy vulnerables, desajustes administrativos en el llamado sistema sociosanitario, o la incomprensión y dificultad en el abordaje de los trastornos de personalidad.

Ese último aspecto –los trastornos de personalidad- necesita una seria reflexión, ya que forman parte del debate clínico actual y del malestar percibido por una cierta desatención de estos casos. Se hace necesario, evidentemente, un consenso en este asunto con el fin de planificar adecuadamente las intervenciones más convenientes y oportunas, especialmente si aparecen vinculados a las adicciones, la comisión de delitos o a la privación de libertad. Hay que entender los trastornos de personalidad en su relación ambiental y porcentajes tan elevados –como el mencionado del 80% entre las personas privadas de libertad- pueden estar relacionadas con situaciones de estrés, como el ingreso en prisión, que pueden crear reacciones desadaptadas que podrían equivaler a un trastorno de personalidad. Pero si se es estricto desde el punto de vista clínico, los trastornos de personalidad entendidos como patologías intrínsecas (T. límite, antisocial, paranoide) son cuadros graves y no tan frecuentes. Pero independientemente de este debate clínico, hay una clara percepción desde el ámbito de las entidades sociales sobre la desatención de determinadas personas con evidentes problemas conductuales (de comportamiento, de relación interpersonal, de integración social, de agresividad, etc.), que “no llegan” al ámbito de la psiquiatría y parecen quedar “anclados” en espacios de acogida social de baja exigencia (albergues, centros de noche) o en situación de sinhogarismo.

El porcentaje tan elevado de personas con enfermedad mental en prisión nos debe hacer reflexionar para impedir que, especialmente, los y las pacientes con menores recursos y más vulnerables caigan en las “redes” del sistema jurídico-penitenciario por una deficiente atención en la comunidad, por una mala defensa de sus derechos –inexistencia de un buen diagnóstico o valoración forense, incapacidad para proponer recursos terapéuticos o residenciales, ineficacia de la defensa, etc.- o porque, una vez en prisión, es imposible o se hace muy difícil su excarcelación por motivos de salud porque no existen recursos adecuados de acogida en la comunidad.

¿Sustituyen las actuales prisiones a los viejos psiquiátricos? ¿O el número tan alto de personas presas debería enfocarse como un problema político-social y el de las personas con enfermedad mental como un asunto socio-sanitario? Somos conocedores de la complejidad del problema (desde las entidades sociales se lleva trabajando en este ámbito desde los años 80), pero también de que son posibles soluciones con la implementación de recursos y programas socio-sanitarios, educativos, residenciales –en forma de pisos de acogida y tutelados, centros especializados, etc.-, formativos, ocupacionales o terapéuticos en el ámbito comunitario, sin olvidar, evidentemente, la necesaria involucración de Osakidetza y la crítica del actual sistema punitivo y penitenciario.

El proceso de desinstitucionalización fue positivo, y ha sido el fallo en las alternativas comunitarias e intermedias lo que ha causado importantes disfunciones y desatención, que sumado a una política basada en el endurecimiento del Código Penal y en la insuficiencia de

alternativas a las penas privativas de libertad, llena las prisiones mayoritariamente de personas con diversas adicciones y otras patologías mentales.

4. Disponemos de bases sólidas para la acción.

Venimos describiendo problemas complejos, pero también disponemos de bases sólidas para implementar una atención integral de las personas con enfermedad mental sancionadas penalmente o cumpliendo una pena privativa de libertad. Algunas de esas bases o recursos están en la Ley de Servicios Sociales del País Vasco (Ley 12/2008, de 5 de diciembre), en las posibilidades que tiene Osakidetza tras el traspaso de las competencias de sanidad penitenciaria a la CAPV (Real Decreto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria 894/2011, de 24 de junio), en el Decreto de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (Decreto 185/2015, de 6 de octubre), en las posibilidades contempladas por la legislación penitenciaria para promocionar el régimen abierto o la libertad condicional, o en el potencial del Tercer Sector. Abogamos por un trabajo coordinado, de colaboración e integral, y donde el espacio sociosanitario no sea un campo de discusión o una entelequia, sino un ámbito que sume esfuerzos y respuestas.

5. Proponemos acciones, intervenciones y medidas concretas.

En nuestra experiencia cotidiana y desde la cercanía con las personas que atendemos, observamos, por una parte, procedimientos que deben modificarse y, por otra parte, deficiencias que deben ser solventadas. Las propuestas abarcan diferentes ámbitos (judicial, penitenciario, sanitario, social) y una primera conclusión es la necesidad de ofrecer actuaciones coordinadas en el ámbito territorial de la CAPV en atención a las competencias de las que dispone el Gobierno Vasco y a la previsible transferencia penitenciaria. Proponemos las siguientes acciones, además de las expuestas a lo largo de este documento:

1ª. Reforzar los programas existentes y aumentar las plazas de alojamiento y de atención socio-sanitaria. Nuestras organizaciones, en un documento hecho público en 2014 ("Sobre los programas de intervención intrapenitenciaria y/o extrapenitenciaria en la CAPV gestionados por asociaciones y entidades sociales") ya reclamaba de la Administración Pública una serie de actuaciones y compromisos en la atención de las personas privadas de libertad o con sanciones penales y medidas de seguridad. Nos remitimos a ese documento, especialmente respecto de la necesidad de aumentar las plazas en recursos de alojamiento comunitarios para personas presas y potenciar los programas de atención fuera de la prisión.

2ª. Centrarse en la atención a la persona y solventar los impedimentos administrativos. La Administración Pública (Ayuntamientos, Diputaciones, Gobierno Vasco) debe ser consciente de las particularidades y perfil de la población en situación de exclusión social y/o encarcelada con patologías mentales con el fin de que no se impongan requisitos

administrativos alejados de la realidad y de las necesidades de atención de estas personas (padrón, tiempo de arraigo, edad, gestiones de acceso a los recursos que alargan innecesariamente la privación de libertad, u otras), centrando los esfuerzos en su atención terapéutica, médica y social. Progresivamente, según trascorra la evolución de la persona, se irán solventando los trámites administrativos desde los centros de acogida, de atención terapéutica o desde los SSB correspondientes y/o profesionales de referencia. Es necesario hablar con este colectivo de flexibilizar los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones, o en función de la situación que presenta cada persona.

3ª. Necesidad de una atención de alta intensidad. Deberán contemplarse las especificidades y condiciones impuestas en las medidas de seguridad, suspensiones o salidas de prisión (permisos, aplicación del art. 100.2 del Reglamento Penitenciario, régimen abierto, libertad condicional) y saber que son personas que necesitan de una atención especializada de alta intensidad y acompañamiento. Son necesarios programas específicos de formación y asesoramientos de los y las profesionales y voluntariado que desarrollan su labor en las entidades sociales.

4ª. Potenciar el trabajo de coordinación con las entidades sociales. Debe ser reconocido el trabajo que realizan las entidades y organizaciones sociales en este ámbito, creándose canales de coordinación y actuación conjuntas entre los diferentes agentes que intervengan en la atención de este colectivo. Se ha creado en los últimos años una labor de coordinación con las juntas de tratamiento de los centros penitenciarios y con el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao. Deben potenciarse estos canales de coordinación entre los sistemas judicial-penitenciario-sanitario-social.

5ª. Necesidad de un catálogo de medidas y recursos de atención. Debe existir un catálogo de medidas de atención a la persona con enfermedad mental ("cartera de servicios") sancionada penalmente o en prisión, de manera que los Juzgados y Tribunales dispongan de programas y lugares concretos de atención para esos pacientes, con itinerarios alternativos de mayor seguimiento y atención en caso de abandonos del programa asignado o inadecuación al mismo. Todo ello con la finalidad de ofrecer una atención en las mejores condiciones posibles, coordinada entre los sistemas, integrada, de ámbito comunitario y que prevenga el ingreso de la persona con enfermedad mental en prisión o que promueva su excarcelación a recursos comunitarios. Creación de equipos interdisciplinarios de atención domiciliaria, de calle, de apoyo familiar y de apoyo a los equipos de atención en recursos de alojamiento (tratamiento asertivo-comunitario). Reforzamiento de los recursos existentes en la actualidad (hospitales de día, pisos de acogida, programas de acompañamiento, etc.). Potenciar conciertos con las sociedades u organizaciones de empleo protegido para la atención de estas personas. Creación de unidades de atención en situación de crisis del paciente superando las limitaciones actuales que se perciben en las urgencias hospitalarias o en los ingresos de este tipo.

6ª. Ámbitos judicial y sanitario adaptados a esta problemática. Deberían existir en los ámbitos judiciales (Juzgados o Fiscalía) y sanitario (Dirección correspondiente de Osakidetza o profesionales responsables de salud mental) alguna persona de referencia para que pudiera servir de receptora de “problemas” no resueltos en los recursos o protocolos existentes y que mediaran para su atención o solución. Existe en Gipuzkoa un Juzgado de 1ª Instancia dedicado a hospitalizaciones y seguimiento judicializado de las personas con enfermedad mental. Se trata de un modelo único, pionero y con un trabajo ejemplar. Este Juzgado podría ampliar su ámbito de actuación a todo el Territorio de Gipuzkoa. En Araba y Bizkaia podría seguirse el mismo modelo. Necesidad de un protocolo de valoración, de urgencia, en los Juzgados, conocido por la Policía y los turnos de asistencia letrada al detenido, a fin de evaluar la existencia de una enfermedad mental en la persona detenida.

7ª. Promover la atención en recursos comunitarios. El criterio preferente de atención de la persona con enfermedad mental será el ámbito comunitario y sus recursos. En el caso de las personas ingresadas en prisión o en las unidades de agudos o especializadas en la red sanitaria, se debería valorar la derivación a programas de régimen abierto y a recursos comunitarios.

8ª. Deben considerarse las especificidades de atención de las personas extranjeras, mujeres y jóvenes. Todos los programas, itinerarios o protocolos de atención deberán contener criterios específicos para el caso de personas extranjeras, mujeres y jóvenes, en atención a la mayor vulnerabilidad de sus situaciones. Por ejemplo, el concepto de psiquiatría transcultural puede ser útil en la acción coordinada con otras profesiones y en abordajes conjuntos de este colectivo, o las políticas de género e igualdad deben estar presentes en las acciones que se planifiquen con mujeres con enfermedad mental.

9ª. Reforzar la atención psiquiátrica, rehabilitadora y social dentro de prisión. Necesidad de atención psiquiátrica diaria en las prisiones vascas (consultas, programas de rehabilitación). Desarrollo y puesta en marcha de los programas terapéuticos, rehabilitadores y ocupacionales necesarios, equiparables a los disponibles en la comunidad.

27 de noviembre de 2015

ESEN (Espetxe Sarea Euskadi-Nafarroa)

Adap, Adsis-Bestalde, Agiantza, Arrats, Berriztu, Bidesari, Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, Cruz Roja Euskadi, Etorkintza Elkargoa, Fundación Gizakia, Goiztiri, Iresgi, Loiola Etxea, Salhaketa Araba, Susterra, Zubiko, Zubietxe.