



La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa

Conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

AEN. Oviedo, 2003

La prisión en cuanto espacio que limita la libertad del ser humano ya es “per se” una institución que puede generar un alto poder patógeno sobre la vida mental de los internados; por ello es necesario desarrollar acciones específicas que aminoren dicha posibilidad, desde el diseño arquitectónico, con una distribución de los espacios que evite la posibilidad de hacinamiento y garantice el derecho a la intimidad, hasta la oferta de tiempos ocupacionales y de ocio, la preservación de los vínculos con los miembros de su entorno afectivo, la atención médico-sanitaria y educativa, la evitación de la violencia intracarcelaria favoreciendo el desarrollo de culturas solidarias y colaboradoras que protejan la dignidad de los internos.

Conclusiones

1. Los factores epidemiológicos, estadísticamente significativos, que inciden en el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno mental, y particularmente en la gravedad de la evolución (pobreza, bajo nivel de instrucción, paro, desestructuración familiar..), son los mismos que concurren en perfil sociodemográfico de la población carcelaria.
2. Los datos epidemiológicos disponibles respecto al estado de Salud Mental de esta

población, tanto poblacionales como de demanda, informan de la existencia de tasas de prevalencia de trastorno mental muy superiores a las habitualmente encontradas en población general.

Esta mayor prevalencia incluye también la presencia de trastornos mentales severos en una proporción significativamente superior a la existente en el ámbito comunitario.

3. Estos datos ponen de manifiesto una incapacidad de los recursos actuales en la red de salud mental comunitaria para garantizar suficientemente la actividad terapéutica y para asegurar la continuidad y el seguimiento de pacientes severos que presentan dificultades para expresar demandas y para mantener la necesaria alianza terapéutica en el ámbito natural de la población.
4. Se constata un progresivo y alarmante incremento, en los últimos años, del número de reclusos ingresados en los Centros Penitenciarios y en los dos únicos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios del Estado, Sevilla y Fontcalent.

Este hecho conlleva el riesgo de que, en ausencia de los adecuados y precisos recursos de salud mental disponibles en la



red normalizada del ámbito comunitario, se desarrolle de nuevo, una subcultura asistencial manicomial excluyente y marginalizada, ahora desde el ámbito judicial, para los ciudadanos que habiendo cometido delitos sufran trastornos mentales severos.

5. Las prestaciones asistenciales psiquiátricas que se dispensan a los presidiarios en el Estado español son insuficientes e inadecuadas.

En la situación actual en que la Sanidad Penitenciaria es una red asistencial independiente de la red asistencial general del Sistema Nacional de Salud, la precariedad de las prestaciones de psiquiatría y salud mental supone un claro incumplimiento del principio de "equivalencia asistencial", que establece que la población reclusa ha de tener el mismo acceso, en condiciones de equidad, a la asistencia sanitaria (y por tanto a la de salud mental), que la población general.

Y se carece de una mínima coordinación asistencial establecida entre los Servicios Sanitarios Penitenciarios, los de Salud mental y de los Servicios Sociales.

6. Se recoge la tendencia a que se "psiquiatricen" desde la salud mental conductas disruptivas, meramente antisociales, y a que se "penalicen", desde la justicia, conductas disruptivas de origen psicopatológico.
7. Se constata el fracaso generalizado de la continuidad asistencial, tanto para salud mental como para servicios sociales, tras la excarcelación de los pacientes internados.

Recomendaciones

- 1.- La red de salud mental ha de establecer entre sus prioridades asistenciales programas de atención específicos para la patología mental severa marginada y el riesgo de exclusión social.

- 2.- Se debe garantizar legislativamente el derecho de equivalencia mediante la asistencia normalizada, bajo la responsabilidad de la red de salud mental comunitaria para los declarados inimputables.

Se debe dotar de una suficiente atención psiquiátrica, en razón del mismo derecho, a aquellos reclusos que sufran trastornos sobrevenidos o que su dolencia haya pasado inadvertida en el procedimiento judicial.

La Asistencia Psiquiátrica prestada a toda persona privada de libertad o sometida a medidas judiciales de seguridad, debe recaer bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

- 3.- Los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, de Sevilla y Fontcalent deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma, garantizando la necesaria calidad asistencial, y el que la asistencia se proporcione adecuadamente contextualizada con el entorno sociofamiliar del paciente.

Ya que en el momento actual no se disponen en las distintas comunidades autónomas de dispositivos asistenciales que permitan cumplir esta recomendación, se debe proceder con la mayor rapidez a organizar y financiar la puesta en marcha de los mismos. El reciente proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, lo facilita.

Abogamos a su vez por una pronta transferencia de las competencias penitenciarias a las comunidades autónomas, o cuando menos de las competencias de la Sanidad Penitenciaria, de tal modo que puedan integrarse sus recursos en los del Sistema Nacional de Salud.

- 4.- El objetivo estratégico general ha de ser la necesidad de que se aboquen recursos de Salud Mental al interior de todos los espacios carcelarios estableciéndose programas



de atención integral a la salud mental en todas las prisiones, que permita mantener los tratamientos en todas sus fases, y el que se normalice la atención a los inimputables trasladando su asistencia al espacio comunitario de la salud mental. Para ello deben definirse programas específicos de coordinación entre ambas instituciones y garantizarse normativamente su funcionamiento mediante la asignación de recursos y la delimitación de responsabilidades.

Ya que la red general de salud mental está mostrándose insuficiente para atender las necesidades de salud mental de las poblaciones más gravemente afectadas (por trastornos o por situaciones de alto riesgo), es imprescindible que se refuercen, en lo organizativo y en lo financiero, los correspondientes servicios comunitarios, de modo que se puedan facilitar intervenciones eficaces en el momento oportuno, antes de que arraiga la cronificación. Estos servicios deben tener capacidad para atender a los pacientes durante su reclusión y tras la excarcelación.

- 5.- Se ha de asegurar el principio de equivalencia en la atención a pacientes con trastornos anteriormente inadvertidos o posteriormente sobrevenidos, garantizando un estándar de calidad asistencial equiparable al que pueda recibir cualquier ciudadano.

La custodia ha de ser compatible con el derecho a la salud mental.

Dados los riesgos que para la salud mental comporta el estar sometido a condena con pérdida de libertad, deberán articularse programas preventivos generalizados orientados a mitigar el impacto de este factor.

- 6.- La atención psiquiátrica de este colectivo debe realizarse por los recursos de la red pública, frente a las ofertadas por agencias privadas, en razón de criterios de la continuidad de los cuidados y del respeto al principio de equivalencia.

- 7.- Desde el mandato constitucional rehabilitador, se considera necesario una mayor integración en los objetivos funcionales del organigrama de prisiones entre los equipos de tratamiento, los asistenciales y los de vigilancia.

- 8.- Debe asegurarse el derecho a la confidencialidad y al consentimiento informado, así como el acceso a los programas de garantía social para la reinserción, a todos los reclusos que reciban tratamiento psiquiátrico.

- 9.- Se subraya la importancia de la participación coordinada, en cualquier programa dirigido a esta población, de los Servicios Sociales como soporte básico a la normalización, sobre todo en los pacientes inimputables, en los sometidos a medidas de seguridad y en los que se encuentran en procesos terapéuticos de rehabilitación y reinserción social.

- 10.- Se propone la extensión a todo el territorio español de la figura del "Agente Mediador", ya existente en Cataluña, desde la justicia y desde la salud mental, como elemento facilitador y coordinador del seguimiento a los casos sometidos a medidas de seguridad de tal modo que se garantice tanto el cumplimiento de las resoluciones judiciales que afecten a los inimputables y a los implicados en medidas de seguridad, como el acceso de éstos a los recursos psiquiátricos y sociales hace de la reinserción una prioridad.

- 11.- Se ha de garantizar en cada Comunidad Autónoma, un espacio institucionalizado de coordinación entre las Consejerías de Justicia y de Sanidad e Instituciones Penitenciarias, para el desarrollo de las anteriores recomendaciones y el abordaje de los nuevos problemas asistenciales que surjan en la práctica.

- 12.- La atención a los graves problemas derivados de la relación entre conductas adictivas drogodependientes y las conductas delictivas, queda fuera de las posibilidades y obje-



tivos de la Ponencia. Queremos, de cualquier modo, dejar constancia aquí de la necesidad de revisar este severo problema de nuestra realidad penitenciaria.

Creemos oportuno señalar, aunque sea someramente, algunos aspectos que respiran en el fondo de esta ponencia y que refieren a cambios sustanciales que afectan a las modalidades de relación existente entre los ámbitos jurídico, penitenciario y psiquiátrico:

El primer aspecto refiere a la superación de la tradicional función que como experto asesor judicial, como perito, vienen desempeñando tradicionalmente los psiquiatras, ampliando su actuación hacia formas que implican una mayor autonomía en el ejercicio de sus funciones terapéuticas asumiendo la garantía del derecho a la salud de los internos; cada una de estas funciones debe, de forma independiente, lograr su desarrollo funcional.

En nuestra opinión, el ejercicio simultáneo de ambas funciones en cada caso concreto, resulta muy a menudo totalmente impropio. En esos casos, deberían ser ejercidas por distintos profesionales: la primera, la pericial, por los forenses, para los que reclamamos una suficiente especialización; y la segunda, por los psiquiatras y psicólogos clínicos, desde los recursos públicos. Reclamamos también favo-

recer la formación de psiquiatras y psicólogos clínicos en las cuestiones forenses, de modo que puedan atenderse con garantía de calidad el gran número de necesidades que están surgiendo en esta área. En este sentido queremos abrir un debate que avance, conceptual y funcionalmente, sobre estos problemas.

No se nos escapan las dificultades que el trabajo terapéutico encuentra para su desarrollo en un contexto de carencia de libertad y sometimiento, con el riesgo de que las intervenciones solo puedan alcanzar un nivel sintomático biologizado. Solo la fortaleza, la neutralidad, la capacidad empática y el interés por la escucha de los profesionales hacia la persona que sufre, podrán ayudar al profesional en la difícil tarea de aportar salud al espacio en el que "todas las incomodidades encuentran su aposento".

La ponencia, por último, propone a la directiva de la AEN la creación de un Foro permanente pluridisciplinar para el debate y análisis de la problemática presentada.



Grupo de trabajo de la AEN:

**A Abad, C Dueñas, J Carmona, JJ Carrasco,
C Fernández, FJ Fernández-Osuna,
M Hernández, R Herrera, I Márquez, J Ramos,
G Rendueles, F Santos, A Roig.**