Odsp
OBSERVATORIO DDHH, SALUD Y PRISIÓN

OBSERVATORIO DERECHOS HUMANOS SALUD MENTAL PRISIÓN

Informe 2022

ODSP

Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión

Coordinador director
Javier Vilalta - Jurista, Director Associació Àmbit

Coordinadoras e investigadoras
Carla Mateo - Psicóloga
Aurora Fernández - Criminóloga

Equipo investigador
María Camila Torres - Jurista
Eduardo López - Jurista
Esmeralda Rojas - Criminóloga
Daniel García - Sociólogo
Andrea Prieto - Jurista

Equipo Expertos
Concha Calvet - Licenciada en Derecho
María Fuster - Abogada
Raquel Boix - Abogada

Entidades colaboradoras

AENPV
IDHV
ICAV
COEPV

Àmbit
Dignitat i Justícia Social

ÍNDICE

4 INTRODUCCIÓN

QUÉ ES EL ODSP

OBJETIVOS

IMPACTO DEL PRIMER INFORME

6 CONTEXTUALIZACIÓN

INSTITUCIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD

11 PUNTO DE VISTA CLÍNICO

EL SUICIDIO

23 PUNTO DE VISTA JURÍDICO

INTRUMENTOS NORMATIVOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

ENJUICIAMIENTO PENAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA

REFORMA PSIQUIÁTRICA

JUSTICIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

42 PUNTO DE VISTA CRIMINOLÓGICO

CONSTRUCTO PERSONA PSIQUIATRIZADA EN PRISIÓN

EL ESTIGMA

COMPARATIVA SISTEMAS PENITENCIARIOS

FRACASO DEL SISTEMA PENITENCIARIO

51 ALTERNATIVAS, RUTA A SEGUIR

CONSTRUCTO PERSONA PSIQUIATRIZADA EN PRISIÓN

EL ESTIGMA

COMPARATIVA SISTEMAS PENITENCIARIOS

FRACASO DEL SISTEMA PENITENCIARIO

55 RECOMENDACIONES

58 CONCLUSIONES

59 BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

Tras la presentación y publicación del informe de 2021 y viendo la repercusión mediática, buscamos seguir poniendo la vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico privadas de libertad en el centro y en el día a día, lejos de la opacidad, el secretismo y el estigma.

En esta nueva edición, y esperemos no la última, pretendemos actualizar, mejorar y completar la información y los testimonios e incluimos a las personas privadas de libertad no sólo en prisión sino también en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE).

No sólo buscamos una respuesta mediática sino también una respuesta política, al denunciar la vulneración de derechos de las personas privadas de libertad así como proponiendo alternativas a las medidas de seguridad actuales. Exigimos y presionamos al gobierno valenciano para que se lleve a cabo la transferencia de competencias en materia de sanidad en prisiones y ponga en marcha, de forma práctica, el modelo comunitario de atención a la salud mental.

También daremos luz exponiendo casos de éxito terapéutico y de reinserción social en personas que están incluidas en programas alternativos a la privación de libertad.

EL ODSP

El Observatorio de Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión surge como equipo de estudio, dentro de la Associació Àmbit, centrado en las personas con diagnóstico psiquiátrico privadas de libertad.

Está formado por un equipo multidisciplinar en el que se incluyen personas criminólogas, psicóloga, abogadas y socióloga, que cuenta con la supervisión y el apoyo de expertas en derecho y psiquiatría. Dirige el proyecto Javier Vilalta.

El ODSP se nutre principalmente tanto del propio trabajo de la asociación con personas con el perfil descrito, como de testimonios de personas usuarias en recursos alternativos así como personas privadas de libertad y entrevistas a personas que trabajan en prisión o CIE, expertas en dicha materia y activistas.

La principal labor del Observatorio se basa en la denuncia de los derechos humanos vulnerados en dicho entorno, así como las causas que han propiciado esta situación, por otro lado, darle visibilidad a estos colectivos y aportar posibles soluciones a la problemática, todo bajo información contrastada y veraz.

IMPACTO PRIMER INFORME

DIVULGATIVO

Periódicos como El Salto, La Razón, Levante emv, El español, Diario.es o noticias recogidas por rtve.es, A Punt visibles.org, o derechopenitenciario.com se hicieron eco de la situación y han visibilizado la relevancia del informe.

POLÍTICO

La Coalició Compromís del ámbito valenciano, Podem, ha pedido el traspaso de las competencias de salud mental de las prisiones valencianas.
Ciudadanos y Partido Popular se han adherido al ODSP manifestando su preocupación y el interés por la transferencia de las competencias sanitarias, así como una atención digna en las prisiones.

TRABAJO EN RED

Creación de la Plataforma de Salud Mental Fuera de las Prisiones, creada ante la urgencia de posicionarse en contra del proyecto del Ministerio de Interior, de creación de un macrocentro psiquiátrico penitenciario en Siete Aguas.

LEGISLATIVO

- PNL de Podemos
- PNL de Compromis
- PNL de Ciudadanos en proceso
- Resolución del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana
- Petición del Defensor del Pueblo

ECONÓMICO

Se han concedido diversas subvenciones para los centros comunitarios gestionados por el tercer sector y se ha procedido a la contratación de un psiquiatra en la prisión de Picassent durante 6 meses.
Casi ningún avance presupuestario en la atención sanitaria penitenciaria, ni ampliación del Convenio sanitario entre administraciones.

INSTITUCIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

PRISIONES

La prisión es una institución que tiene, en el ordenamiento jurídico actual, dos funciones básicas: ser centro **custodio** para el cumplimiento de la pena privativa de libertad y dotar de servicios de tratamiento y rehabilitación con el objetivo de favorecer la **reinserción** social.

Centros penitenciarios ordinarios

Son establecimientos de medio cerrado, de cumplimiento de penas para presos penados cumpliendo sentencia, pero también para personas que se encuentran en prisión preventiva de forma cautelar y a disposición judicial. Distribuidos por módulos, espacios diferenciados según la función: espacios de uso común para talleres formativos o actividades de las que se encargan las personas internas (como lavandería o limpieza)o donde realizan deporte; espacios de asistencia sanitaria; y espacios para comunicaciones (tanto con familiares como con sus defensas letradas). Esta diferenciación por zonas garantiza "altos niveles de seguridad y eficiencia" y la mejora de la "habitabilidad, facilitando el desarrollo integral de los internos"

En la Comunitat Valenciana hay 5 centros penitenciarios ordinarios:

- Alicante (2): Alicante Cumplimiento y Alicante II en Villena.
- Castellón (2): Castellón y Castellón II.
- Valencia (1): "Antoni Asunción Hernández" en Picassent.

Centros de inserción social (CIS)

Son centros destinados a internos que cumplen su condena en régimen abierto o que se encuentran en un proceso avanzado de reinserción., pudiendo realizarse el ingreso directamente en el mismo cumpliendo una serie de requisitos. Además gestionan las penas alternativas sin ingreso a prisión, los trabajos en beneficio de la comunidad, la suspensión de la ejecución de la pena, la localización permanente y el seguimiento de las libertades condicionales. La estancia es voluntaria y los internos son libres para salir y cumplir con sus compromisos laborales, formativos y de tratamiento terapéutico fuera del centro, al que regresan para pernoctar, cumpliendo una función residencial básica.

En la comunidad Valenciana encontramos dos CIS: **el CIS "Miguel Hernández" en Alicante con capacidad de 189 celdas y el CIS "Torres Espioca" en Picassent con capacidad de 101 celdas.**

Unidades de madres

Según el art. 38 Ley Orgánica General Penitenciaria, las madres en prisión tienen derecho a convivir con sus descendientes, hasta que cumplan los 3 años de edad.

Existen varias estructuras: unidades dependientes, módulos de madres, escuelas infantiles, "escuelas de madres", módulos familiares y unidades externas de madres. El módulo de madres que había en Picassent ha sido trasladado al Hospital Psiquiátrico de Fontcalent, quedando esta primera sin módulo de madres.

Otras unidades o departamentos

Son unidades penitenciarias arquitectónicamente situadas fuera de los centros penitenciarios, normalmente en pisos o viviendas ordinarias sin ningún signo externo que las identifique. Las integran tanto hombres como mujeres (clasificados en grados), y dependen de un centro penitenciario específico.

INSTITUCIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

HOSPITALES PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIOS

Actualmente, quienes ingresan en los Establecimientos o Unidades psiquiátricas son quienes se encuentran en los casos previstos en el artículo 184 RP 1996:

a) detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación;

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 y,

c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador.

Su supuesta finalidad es "esencialmente médico asistencial, los internos no se clasifican en grados, son considerados como pacientes por su patología psiquiátrica y el criterio a seguir es siempre el criterio facultativo especializado". En España a día de hoy hay 2 hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Fontcalent, Alicante; y existe un proyecto de construcción paralizado por el momento que es el denominado como Siete Aguas, localizado en la Comunidad Valenciana.

El proyecto que se planteó el año pasado, 2021, fue construir un macro centro psiquiátrico en Siete Aguas (Valencia), yendo en dirección opuesta a las estrategias en materia de salud mental, que apuestan por el modelo comunitario. Este centro en concreto, contó con la negativa del Parlamento Valenciano tras la presión ejercida por la Plataforma Salud Mental fuera de las prisiones, pero, sorprendentemente, con la aprobación del Defensor del Pueblo, Ángel Gabilondo. Sorprende esto último debido a que la misma institución, el defensor del pueblo, es el mecanismo nacional encargado de velar por los derechos humanos y elaborar informes en centros de privación de libertad, habiendo determinado en informes anteriores sobre el resto de Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, la evidente falta de recursos, la falta de personal especializado y la necesidad de dotación de recursos materiales que mejoren la calidad de vida para las personas privadas de libertad.

¿No será mejor destinar presupuestos a dotar de recursos a centros ya existentes en lugar de seguir construyendo macrocentros que no van a poder dar una atención terapéutica adecuada?

INSTITUCIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS

Los CIE son establecimientos públicos de carácter no penitenciario y dependientes del Ministerio del Interior. Su función y objetivo es mantener la custodia preventiva y cautelar de extranjeros durante un máximo de 60 días para garantizar su expulsión, devolución o regreso por las causas y en los términos previstos en la legislación de extranjería, teniendo en cuenta la no violación del principio de proporcionalidad en los medios utilizados.

Cuando se crearon los primeros CIE, se intentó justificar la necesidad de los mismos describiéndolos como medidas de carácter preventivo y cautelar durante el proceso en el que se concretan otros procesos legalmente previstos, como la expulsión. Son, además, una medida supuestamente extraordinaria que debería reservarse para supuestos concretos y justificados; cuando se asegura que la persona a internar supone un peligro para el orden público, presenta riesgo de incomparecencia o dificulta su expulsión.

Estos centros de privación de la libertad son espacios de no-derecho debido a la ausencia, escasez, suspensión o difícil garantía de los derechos de las personas internadas, así como la arbitrariedad de la actuación de la Administración, generalmente de los cuerpos policiales encargados de la custodia, la difícil presentación de quejas por parte de las personas internas y la falta de transparencia

LAS PERSONAS

INTERNADAS EN CIE

NO TIENEN POR QUÉ HABER

COMETIDO UN DELITO

SON INTERNADAS

POR UNA FALTA ADMINISTRATIVA:

ESTAR EN SITUACIÓN

IRREGULAR.

PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

6.308 personas presas en la CV
90,8% hombres 9,2% mujeres

En CIE españoles en 2021: 1.841
Antes del covid, en 2018: 8.814

Trastorno mental en personas
de las prisiones españolas tiene una
prevalencia vida de un 90,2%
El TMG prevalencia de 4,3% frente al 2%
de la población general
40% población penitenciaria con
problemas de Salud Mental

Los delitos, así como la reincidencia, se podría decir que están más relacionados con el trastorno por adicción que con la psicopatología en sí.

MUJERES

En 2018, el juez de control, en una de sus visitas al CIE Zapadores, advirtió el caso de una interna que se encontraba sola en el módulo de mujeres, vulnerando así la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Constitución Española. Desde que Zapadores abrió tras la reforma en 2021, no hay módulo de mujeres y estas son internadas en otros CIE donde sí hay.

Ser minoria, tanto en prisiones como en CIE implica que las infraestructuras y los recursos son diseñados para hombres y, además, los recursos destinados a mujeres acaban teniendo implicación sexista, como el taller de costura.

Suele darse un ambiente de tensión y crispación en los módulos de mujeres y es común, en enfermería, la interacción de 3 factores: adicción, diagnóstico psiquiátrico y violencia machista.

Tres de cada cuatro mujeres con TMG han sufrido violencia en el ámbito familiar o /y en la pareja alguna vez en su vida y las mujeres que se encuentran en tratamiento por adicción son víctimas de violencia de género con una incidencia tres veces superior a la de la población general.

Sandra y Ana, nombres ficticios, afirman llegar a alegrarse de ingresar en prisión por la situación de maltrato que vivían, pero que, sin embargo, la violencia no cesa, ya que al haber perdido tu red de apoyo, la persona que ejerce poder y dominación es tu único contacto y de quien dependes para que te ingrese dinero en el economato o te lleve a través de los vis a vis la ropa o lo que necesites.

El delito por el que entran muchas mujeres a prisión tiene que ver con su maltratador y, normalmente, compañero de consumo: desde defenderse del mismo a obedecer por encontrarse en estado de sumisión.

La cuestión de los patrones de pareja caracterizados por la dependencia emocional se han desarrollado hasta acuñar el concepto psicopatológico de “codependencia”: dependencia a una sustancia y dependencia a la pareja.

Una de las violencias ejercidas contra las presas es la vicaria, ya que es común que para poder comunicarse con sus hijos dependa de su maltratador y padre de sus hijos.. Respecto a la maternidad, al haber perdido el estatus de cuidadora, se enfrentan al estigma de mala madre.

En materia de salud, en los CIE, las mujeres embarazadas son privadas de la asistencia médica necesaria y no son informadas sobre las posibilidades de aborto legal y seguro y los recursos higiénicos durante la menstruación deben solicitarlo a la policía, que les concede un número limitado de ellos. En prisión, según los testimonios recogidos, la sanidad en relación a la menstruación y a la ginecología es bastante deficiente. Con unos kits que incluyen compresas, condones y poco más: “nos daban unas compresas super malas, te las tenías que comprar sí o sí porque fatal”.

Por último, una de las violencias más extremas tuvo lugar en el CIE de Málaga, mediante las fiestas sexuales en las que mujeres nigerianas eran obligadas a participar por parte los policías que custodiaban el turno de noche. En el juicio sobre este caso sólo una mujer pudo declarar ya que el resto habían sido deportadas.

Una de las cuestiones a las que se enfrentan las mujeres con patología dual así como las migrantes víctimas de trata detenidas, es la falta de credibilidad de su testimonio. En el primer caso debido al estigma de loca y adicta; y en el segundo caso, se debe a que se determina la no incoación de procedimientos sancionadores en materia de extranjería para las víctimas de trata, o la inmediata suspensión de la expulsión o procedimiento sancionador si fuera anterior a su identificación como víctima, así como, si procede, de simultanear la documentación de residencia con una solicitud de protección internacional. Pese a esto prima la condición de migrante a la de víctima. De hecho, en el CIE Zapadores, fueron detectadas 12 mujeres posibles víctimas de trata, algunas de ellas incluso encerradas con sus proxenetas.

RACISMO Y COLECTIVO LGTBIQ+

La mera existencia de los CIE, donde hay migrantes que por una falta administrativa, acaban en establecimientos (cuasi-) penitenciarios, es en sí misma discriminatoria.

En las prisiones valencianas, el 25,9% de personas reclusas son extranjeras, de los cuales los hombres configuran el 26,7% y las mujeres 18%.

Desde el Proyecto Impresas, destacan que aunque el porcentaje de mujeres racializadas sea un 50%, “se ven más mujeres racializadas dentro de la cárcel que en el día a día”.

Las mujeres gitanas reclusas, sobre todo en las cárceles valencianas, representan un alto número del total de reclusas. Esto sorprende ya que su proporción en la sociedad es infinitamente inferior a lo que se ve en la cárcel.

Pondremos el foco en las personas trans, quienes, como en muchos aspectos de la vida, están muy poco protegidas judicialmente.

Antiguamente, en las prisiones, la separación de personas internas según el sexo que constaba en el documento de identidad, sin tener en cuenta procesos de hormonación, operaciones de reasignación de género o el propio testimonio de las mismas.

Con la Instrucción 7/2006 de 9 de marzo, esta situación cambió y ya las personas transexuales podrían estar en el módulo del género con el que se identificaban, aunque su género no coincidiese con el que aparecía en su documento de identificación.

No obstante, existen unos requisitos para elegir el módulo conforme al género, los cuales son: estar en hormonación y alguna valoración profesional por parte del equipo técnico del módulo.

En la entrevista realizada con Estíbaliz, nos refería que existía el acoso por megafonía a las personas trans, al llamarlas por su nombre de DNI, al igual que se evidenciaba que "las mujeres trans tienen más problemas de convivencia en las cárceles de hombres que las de mujeres”.

En la entrevista a las responsables del proyecto Impresas, afirman rotundamente que las mujeres trans tenían más dificultades que las internas cis. Además, que muchas de ellas, al igual que las cis, habían tenido que dedicarse a la prostitución por no tener otras alternativas para sostenerse económicamente.

Paola, una mujer trans entrevistada por Women’s Link Worldwide en 2012 manifiesta que antes de ser detenida estaba en tratamiento hormonal, porque quería hacerse una vaginoplastia. Para ello debía tomar hormonas durante los tres meses previos a la intervención de forma continuada; sin embargo, hace ya veinte días que no las toma porque el CIE no se las facilita. Ahora no podrá someterse a la intervención cuando tenía planificado y podría tener consecuencias sanitarias negativas al ser un tratamiento que no debe abandonarse de forma repentina.

PUNTO DE VISTA CLÍNICO

Lo que resulta realmente desadaptativo y te lleva a entrar en contacto con el sistema judicial, antes incluso que con el sistema de atención sanitaria, no es la psicopatología en sí, sino el entorno, la falta de redes de apoyo, el abandono y la comorbilidad con adicciones.

Se ha de empezar a contemplar la presencia de personas con diagnóstico psiquiátrico en prisión como una problemática social más que un hecho personal y aislado y entender esta situación como la consecuencia de una serie de fallos en un sistema en el que no todas las personas tienen espacio.

SIN MÓDULOS ESPECÍFICOS

SIN ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

SIN ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL

PAIEM

Ante la situación de exposición y vulnerabilidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico en prisión, en 2009 se pone en marcha el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM), cuya función es abordar la asistencia a las personas con problemas de salud mental en prisión y que se basa en la multidisciplinariedad, la equidad, la continuidad asistencial y el diseño de programas individualizados, con el objetivo de la integración.

Los objetivos del PAIEM son: la **atención clínica**, la **rehabilitación psicosocial** y la **reincorporación social**. No obstante, pese a que gracias al PAIEM se ha mejorado la situación de las personas con diagnóstico psiquiátrico en las prisiones, la falta de recursos imposibilita, como ahora veremos, que los objetivos del programa se cumplan.

Las personas incluidas en el programa están divididas en tres niveles en función de su posibilidad de convivir en módulos ordinarios, no tanto en función de la “gravedad” de la patología:

Nivel 1 de buena respuesta, donde no existen conductas de riesgo y por tanto se considera oportuno residir en los módulos ordinarios.

Nivel 2 de respuesta parcial, son las personas en las que persisten síntomas positivos pero también residen en los módulos ordinarios.

Nivel 3 de mala respuesta, son las personas que tienen conductas de riesgo y por tanto dificultades para la vida diaria, por ello, se considera que deben ingresar en el módulo de enfermería o módulo PAIEM.

La única prisión valenciana con módulo específico para PAIEM es Castellón II (Albocasser) donde estan incluidos 14 hombres.

En el resto de prisiones las personas del nivel 1 y 2 suelen estar en módulos ordinarios y las incluidas en nivel 3, en enfermería

Picassent 192 personas en PAIEM (25 mujeres)
Alicante II 42 personas en PAIEM (2 mujeres)
Castellón I 120 personas en PAIEM (20 mujeres)
El Hospital Psiquiátrico Penitenciario es "un PAIEM en sí mismo", con 215 personas internas

Atención clínica

01 El diagnóstico

Se trata, en su mayoría, de trastornos muy complejos, crónicos, relacionados con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y manejo como son la adicción a las drogas, dando lugar a la patología dual o las dificultades de aprendizaje. Son diagnósticos más frecuentes, según la revista española de sanidad penitenciaria, son: trastornos adaptativos (20%); trastornos psicóticos (20%); trastornos afectivos (10%).

En cuanto al diagnóstico nos encontramos con 3 situaciones:

Presentas sintomatología e incluso diagnóstico, pero no se tiene en cuenta por ser juicios rápidos.

Eres diagnosticado una vez entras en prisión: o bien la prisión ha sido un factor determinante en la manifestación del trastorno o bien estabas fuera de la red asistencial y hubo un fallo en la detección y la prevención y por tanto la prisión es tu primer contacto con la atención a la salud mental.

Estás diagnosticado y pese a ser inimputable, concepto que explicaremos a lo largo del informe, acabas cumpliendo condena porque la prisión se utiliza, de forma inadecuada, como recurso asistencial para enfermos mentales que cometen un delito.

02 Medicación

Tanto sanitarias como pacientes coinciden en que es común la sobremedicación, el cambio de medicación en aquellos que ya tenían pauta médica, casos de medicación que no les sienta bien o que no está ajustada y normalmente administrada mediante pinchazo por una cuestión práctica debido a la falta de personal y recursos y para evitar suicidios y venta de la medicación.

El ajuste de medicación, debería hacerlo la psiquiatra, pero por una cuestión práctica acaba ajustando el equipo médico disponible, no especializado en salud mental, ya que son quienes hacen seguimiento de los casos.

El equipo médico menciona la falta de recursos en cuanto a que no tienen acceso a determinados medicamentos psiquiátricos o a determinadas dosis de los mismos; lo que dificulta un correcto ajuste de la medicación.

La medicación psiquiátrica no es exclusivamente para personas diagnosticadas de trastorno mental. Es común que las personas tomen medicación para poder dormir en la prisión y para funcionar en la misma.

Atención clínica

03 Crisis aguda o brote

Debido a la sobremedicación, las personas presas no suelen presentar crisis agudas o brotes.

Cuando se deriva un caso a las **unidades psiquiátricas de hospitales generales**, es común que sean rechazados porque tienen que ir acompañados de policías armados o que no se les dé una atención completa.

Cuando la derivación se da a **hospitales psiquiátricos**, estos no siempre cuentan con medidas de internamiento, por lo que no pueden quedarse ingresados y lo único que pueden hacer es estabilizar con medicación.

Cuando son conductas autodestructivas o existe riesgo de hacer daño a otra persona se da la medida de aislamiento. Para que se dé esta medida, la persona tiene que ser valorada por el equipo médico y este debe decidir en base a cuestiones físicas y psíquicas si se lleva a cabo la medida. Cuando las personas se encuentran en aislamiento son visitadas todos los días, tal como ocurre con las personas del programa de prevención de suicidio. El aislamiento acaba siendo el único recurso disponible pero no es terapéutico.

prima la condición de presos frente a la de paciente

En el caso de Fontcalent, al ser un hospital psiquiátrico penitenciario, las crisis agudas o brotes se atienden dentro del mismo centro.

04 Equipo multidisciplinar

SIN PSIQUIATRAS

Únicamente, Hospital Psiquiátrico de Fontcalent 3 psiquiatras en la plantilla para 215 personas.

En Picassent se contrató a un psiquiatra durante 6 meses que atendía en toda la prisión (con cerca de 3000 personas presas)
Atención psiquiátrica a través de consultores a los que les es imposible llevar seguimiento

Psicólogos no siempre clínicos y función no desarrollada: funciones de clasificación y administración más que terapéuticas

Enfermeros y médicos no están especializados en salud mental, pero son los que acaban ajustando medicaciones y llevando el seguimiento de las personas con enfermedad mental. El puesto de monitor ocupacional no ha sido mencionado en las entrevistas

Carencia de médicos.
El equipo médico está colapsado y no puede llevar a cabo una función de filtro previa a la visita del psiquiatra. Es el psiquiatra quien ha de hacer esta función en sus escasas visitas por lo que estas son tediosas.

	Psiquiatras	Psicólogos/as	Enfermeros/as y médicos/as
ANTONI ASUNCIÓN (PICASSENT)	Sin psiquiatra Contrato 6 meses de un psiquiatra .	10 psicólogos/as	20 enfermeros/as 6 médicos
CASTELLÓN I	Sin psiquiatra 1 psiquiatra a través de telemedicina atiende a unos 5 internos cada 2 meses	1 psicóloga	sin datos
CASTELLÓN II (ALBOCACER)	Sin psiquiatra	sin datos	sin datos
ALICANTE II (VILLENA)	Sin psiquiatra 1 psiquiatra consultor cada 15 días	1 psicólogo	1 médico
HOPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO FONTCALENT	3 psiquiatras	3 psicólogos/as	9 enfermeros/as

DATOS INFORME 2021

RCP	ALBOCASSER	CASTELLÓN I	FONCALENT I	PICASSENT	VILLENA
PSIQUIATRAS	NO	NO VISITA EL CENTRO DESDE HACE 3 AÑOS		4 VISITAS AL MES DESDE NOVIEMBRE DEL 2019 NO HA VISITADO EL CENTRO	NO HAY VISITAS PSIQUIATRA
MÉDICOS/AS	rtp 4 1 médico	rtp 5 4 médicos 1 interino jefe servicio médico		RTP 21 4 medicos 1 prácticas NO CUBIERTAS 16 PLAZAS	RTP 7 1MÉDICO 20h médico

Si comparamos ambos datos, podemos observar que los equipo de las prisiones valencianas siguen sin contar con psiquiatras, lo que implica que estos no sean parte del equipo de tratamiento y, por tanto, sea muy complicado llevar un seguimiento. Si que se ha dado un leve aumento en el número de enfermeros y médicos pero estos continúan siendo insuficientes. Preocupa, además de la falta de psiquiatras, que no sea un equipo especializado en salud mental y que los y las profesionales, por falta de recursos, no puedan desempeñar su función terapéutica.

05 Patología dual

Cabe aclarar que cuando hablamos de adicción también nos referimos a las adicciones sin sustancias, como la adicción al juego, al móvil, a las compras, etc. El desarrollo de esta patología y sus causas se pueden diferenciar por el orden de aparición de los diferentes trastornos:

-Las adicciones (con o sin sustancia) inducen a la aparición de un trastorno mental.

- El trastorno mental supone un factor de riesgo que puede conducir a alguna adicción.

-La adicción sobrevenida a causa de la medicación para paliar los trastornos psiquiátricos.

- Presencia de mismos factores de riesgo en la aparición de ambos trastornos como rasgos de personalidad, traumas...

- Causas independientes. Hay casos donde no se encuentra causa-efecto entre adicción y trastorno mental.

mayoría de personas de PAIEM presetan patología dual

No existe tratamiento para la adicción ni a través de recursos dentro de la prisión ni a través de contactos con las UCA de referencia. Al módulo de Proyecto Hombre las personas de enfermería no tienen acceso ni a aquellos recursos del edificio de penados, como la atención de asociaciones como Adsis Hedra.

Los únicos tratamientos que se dan en enfermería son el **suboxone** para deshabituar y el que ofrece Cruz Roja: **programa metadona.**

Según su prospecto, el suboxone debe utilizarse cuando también se está recibiendo apoyo médico, social y psicológico, cosa que no se da en prisión. En cuanto a la metadona, tarda, en muchas ocasiones, muchos días en administrarse.

Es de vital importancia prestar la atención que requiere la patología dual, la comorbilidad entre el trastorno mental y el trastorno por adicción supone un factor de riesgo respecto al suicidio, ya que se estima que el 40% de personas que la presentan, manifiestan ideación suicida.

Rehabilitación psicosocial

Puesta en marcha de recursos para la mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía, actividades académicas, actividades terapéuticas, formativo-laborales e integración laboral e internos de apoyo.

El módulo de enfermería es un módulo

"de paso"

no donde pasar largas temporadas o cumplir condenas completas, ya que no hay acceso a participar en las actividades comunes del centro ni en las específicas de rehabilitación psicosocial, lo que puede producir efectos de **cronicidad y de institucionalización.**

En enfermería, al ser una población reducida, se da convivencia entre personas con diferentes trastornos, diferentes delitos y diferentes condenas. Además, las personas tampoco están divididas entre aquellas que tienen condena firme y aquellos que están en prisión preventiva. Sobre todo, en el caso de las mujeres que son una población menor y acaban estando todas en el mismo módulo. Esto genera más tensiones y conflictos.

La situación de privación de libertad en sí misma, es una de las experiencias más traumáticas que puede vivir una persona ya que conlleva la separación familiar, el aislamiento, el ritmo y horario de vida no elegido y la limitación de movimientos. Las personas en enfermería, además, no tienen oferta ocupacional, no tienen acceso al trabajo, pasan más horas encerradas en el *chabolo* que las personas que están en módulos ordinarios, tienen patios más pequeños, donde la única oferta de ocio es el parchís y el balón y no tienen acceso al gimnasio ni a actividades como cerámica o jardinería, actividades a las que sí que tiene acceso la gente que está en módulos ordinarios. Las presas de enfermería de Picassent se quejan de asistir a cursos formativos, pero no recibir después ningún título.

Las personas con diagnósticos psiquiátricos suelen tener condenas muy largas por acumulación de delitos menores y por falta de apoyo sociofamiliar tardan mucho en tener permisos y conseguir el tercer grado. En muchas ocasiones las personas salen únicamente si les avala una asociación como Àmbit, que tiene recursos donde poder salir de permiso.

Reincorporación psicosocial

Trata de la derivación a los recursos sociosanitarios comunitarios, para poder llevar a cabo un seguimiento terapéutico, hacer la salida programada y menos brusca, haciendo permisos previos a la libertad total y la derivación a un CIS en caso de que así se requiriese.

En muchos casos no cuentan con apoyos fuera de prisión ya que son comunes las familias saturadas debido a muchos años en los que no ha habido una asistencia comunitaria adecuada y la asistencia ha quedado en manos de las familias, quienes no tienen por qué saber acompañar a una persona con patología dual. Son muchas las personas que entran a prisión después de encontrarse en situación de calle debido sobre todo a las adicciones que presentan.

La realidad es que desde la prisión no existe un contacto establecido con la unidad de salud mental o la UCA una vez salen de prisión y por tanto la continuidad del tratamiento a la persona que sale de prisión, se da si existe voluntad por parte de la misma, pero no por protocolos oficiales ni porque exista un trabajo en red.

Por eso es tan importante el programa puente, del que hablaremos a continuación más extensamente, que permite una salida de prisión acompañada y que evita la puerta giratoria.

CONCLUSIONES CLÍNICAS

Lejos de la voluntad del equipo sanitario y de tratamiento, no se cumple ninguno de los objetivos del programa PAIEM. No obstante, se ha de valorar que es un gran paso que este se haya implantado ya que las personas incluidas en el programa son detectadas y, dentro de las limitaciones, se intenta cubrir sus necesidades, que estén en módulos no violentos y protegerlos de determinadas vulneraciones.

No obstante, las personas internas cuentan que se sienten desatendidas a nivel sanitario, que solicitan visitas con psiquiatras y las instancias son respondidas con "no hay psiquiatra" y que son plenamente conscientes de la falta de recursos y de las diferencias entre los módulos ordinarios y el módulo de enfermería, desde la oferta en el economato a la oferta ocupacional. Aseguran no tener una medicación ajustada y no ser informadas, en ocasiones, de lo que se les está administrando mediante un pinchazo.

Pese a que se habitúan a estar en la enfermería y acaban encontrando vínculos y momentos de paz en los que leen, escuchan la radio o hablan con el resto de internas, cuando pasan mucho tiempo en la enfermería se desesperan, sienten que todos los días son iguales, pierden el sentido de la vida e incluso verbalizan que "para vivir así prefieren no vivir".

La hospitalización, así como la asistencia especializada está en manos de entidades privadas, pese a que deben cumplir con lo establecido en el Reglamento: cada uno de los centros debe contar con un servicio de asistencia sanitaria con disponibilidad de personal, instrumental y equipamiento necesario para la atención **permanente** y de **urgencia** de los internos, y que las prestaciones sanitarias, así como las de asistencia social, puedan concertarse con entidades públicas o privadas, aunque en todo caso, **haya un médico del servicio nacional como último responsable.**

Sin embargo, cuando una persona interna, según recomendación del equipo de asistencia médica, requiere un ingreso hospitalario, es el director del centro, **que no es personal sanitario**, quien tiene la decisión última de que este tenga lugar, una decisión que debería ser estrictamente médica.

La Orden de 22 de febrero de 1999 sobre normas de funcionamiento y régimen interior de los CIE, ya establecía que dentro de las veinticuatro horas siguientes al ingreso de una persona, esta debía ser sometida a un **examen médico** en la enfermería del centro, con el objetivo de conocer si padecen enfermedades de tipo físico o psíquico o presentan cuadro de toxicomanía. En la práctica, hay numerosas denuncias y quejas que indican que esta obligación, no se cumple, o que no se hace de la forma correcta.

Otra de las deficiencias observadas y que repercute de forma negativa en la asistencia sanitaria es el hecho de que el horario del **intérprete**, si es que existe, se omite. Se desconoce cuándo obligatoriamente deberá haber un intérprete en el centro, o si éste es llamado puntualmente en las situaciones requeridas. En caso de que un interno no pueda comunicarse con el médico, este difícilmente podrá atenderle con todas las garantías y ofrecerle una correcta asistencia sanitaria.

Esto mismo sucedió con el interno Marouane, quien se suicidó en 2019 en la sala de aislamiento del CIE Zapadores: en el informe emitido por la médica, cuando este acude por una paliza propiciada por sus compañeros, **manifiesta no haber podido comunicarse correctamente con él.**
En el CIE Zapadores no hay psiquiatras ni psicólogos clínicos para que la atención sanitaria sea completa, teniendo en cuenta el malestar psíquico y emocional de las personas que se encuentran internadas en el mismo.

En una de las entrevistas llevadas a cabo por Women's Lind Worldwide, Violeta les dice que ella tuvo un comienzo de depresión en su país, donde estuvo en tratamiento. Estando en el Estado español intentó suicidarse una vez. Cuenta que la doctora del CIE no tiene su historial médico, sobre sus depresiones y problemas de estómago y que tampoco le ha preguntado por sus anteriores enfermedades.

Otro caso, para el cual se solicitó el acompañamiento desde Àmbit, es el de una persona que había cumplido una condena en prisión de 12 años y padecía un trastorno mental grave, para el cual tenía una pauta médica. Al salir de prisión e ingresar en el CIE, le retiran la medicación que tomaba, con las consecuencias clínicas que esto conlleva.

SUICIDIO

Según datos de la Organización Mundial de la Salud el suicidio es la causa de muerte más frecuente en instituciones penitenciarias, con una tasa de 11 a 14 veces mayor que entre la población general. En el último año, 2021, son 36 personas las que se suicidaron en las prisiones españolas, según recoge la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Es común que las personas privadas de libertad experimenten anhedonia, o incapacidad para disfrutar de las cosas que antes resultaban placenteras, debido al propio encierro, las largas condenas por acumulación de delitos menores, el largo tiempo en primer grado, el aislamiento, la dificultad para tener permisos por situación de abandono, la pérdida de tutela de los hijos, el desarraigo, la convivencia forzada con personas desconocidas, las situaciones violentas o los conflictos.

Las personas con diagnóstico psiquiátrico, en ocasiones, es una vez entran a prisión cuando son diagnosticadas, con el impacto que esto genera, o, en caso de que hayan cometido el delito estando en una crisis aguda o brote, cuando son conscientes del mismo. Conocemos el caso de una mujer, que, debutando, asesinó a sus hijos. Cuando fue consciente de ello, estaba en aislamiento en prisión y tuvo que enfrentarse al duelo por la pérdida de sus hijos y a la culpa por algo que ella no había decidido hacer.

Es este momento, la **etapa inicial del encarcelamiento**, de uno a cinco meses, el lapso de mayor riesgo en la aparición del intento suicida. De las **36 personas que se suicidaron en las prisiones españolas en 2021**, 8 lo hicieron en los primeros 3 meses y 4 de ellos en el mismo día de ingreso.

Pese a que existen momentos especialmente delicados o factores de riesgo, todo el tiempo de privación de libertad ya es un factor de riesgo en sí mismo. Pese a que las personas estén encerradas, siguen sucediéndoles acontecimientos que deben vivir de una forma no normativa y en muchas ocasiones sin apoyos, como puede ser la muerte de un familiar, un desahucio, una separación o una enfermedad. Las personas cuando ingresan ya llevan consigo historias de vida complejas y sufrimientos.

Especialmente, el colectivo al que dedicamos el presente informe: las personas privadas de libertad que presentan patología dual. Quienes no siempre tienen conciencia de su diagnóstico, quienes cumplen condena en un módulo "de paso" como es la enfermería, sin acceso a ofertas ocupacionales y actividades, con dificultad para tener permisos por riesgo de consumir o porque se les considera un peligro y quienes experimentan cambios en su vida como identificarse como una persona con un trastorno mental o ser considerada incapacitada y quienes cumplen largas condenas por acumulación de delitos menores.

La **excarcelación**, siendo una persona con diagnóstico psiquiátrico, con el estigma que esto implica, de una forma brusca y sin acompañamiento, es otro de los factores de riesgo a la hora de cometerse un suicidio. Las personas manifiestan tener miedo de sí mismas: "si salgo, consumo y la lío y tengo que volver a entrar a la cárcel, me mato", nos decía una de ellas. "Yo entré siendo una persona normal y salgo siendo una enferma mental", nos decía otra de las personas acompañadas por Àmbit.

En 2019 se quitó la vida un joven en una sala de aislamiento del CIE Zapadores, una muerte sin responsables penales al haberse desestimado por parte del Juzgado de Instrucción nº10 que existiese delito por homicidio imprudente, trato degradante y denegación de la asistencia sanitaria. Cuando se preguntó a la policía española sobre la existencia de un protocolo antisuicidios, a raíz de la muerte del joven Marouane Abouobaida, su respuesta fue afirmativa, pero sin dar ningún detalle más al respecto.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO

En el momento de ingreso en prisión se lleva a cabo una evaluación a cada persona en busca de factores que les convierta en potenciales usuarios del programa. Se atiende sobre todo a situaciones consideradas de riesgo tales cómo conflictos familiares, las dificultades en la reinserción social, familiar y laboral, la situación individual de aislamiento, situaciones jurídicas negativas que puedan afectar emocionalmente al interno (negación de permisos, regresiones de grado, etc.), descompensaciones o el estado de salud mental. Esta evaluación es llevada a cabo por el médico o el psicólogo.

Cuando se considera que la persona está dentro del PPS, es trasladado a enfermería, donde es visitado diariamente por el equipo sanitario y donde, en caso de tomar medicación, se toma delante del equipo. Además, se le asigna a otra persona privada de libertad como acompañante (un o una ordenanza), quien brindará apoyo y con quien compartirán chabolo a fin de evitar el aislamiento, ya que se considera este un factor de riesgo.

Para llevar a cabo este acompañamiento, se selecciona aquellas personas internas que presenten buena conducta y actitud capaz de realizar ese apoyo. Estas, han de recibir una pequeña formación, así como contribución por su labor. Sin embargo, personas atendidas por la entidad afirman haber sido acompañante de una persona incluida en el PPS de forma obligatoria y sin recibir formación ni contribución por ello. Una de ellas manifestaba su malestar al tener que asumir dicha responsabilidad.

A la hora de asignar un acompañamiento según el PPS suelen ser unos márgenes laxos teniendo como objetivo la protección de la persona. Sin embargo, una vez se asigna dicho acompañamiento, en ocasiones, no se atiende a las peticiones de las personas usuarias y no se revisa si sigue siendo esta medida necesaria, por lo que acaban siendo acompañados durante años, perdiendo su privacidad y viéndose obligados a estar acompañados en todo momento.

PUNTO DE VISTA JURÍDICO

Desde este punto de vista queremos dar a conocer el entramado legal existente para supuestamente proteger a las personas privadas de libertad, y en su caso a las personas con problemas de salud mental, pero que finalmente parten de la base de que un privado de libertad es un ciudadano de tercera.

Importante también es dar a conocer en que situación se encuentran los derechos fundamentales de dichas personas y como es todo el proceso que viven en cuanto a su enjuiciamiento penal.

De ahí pasan a la vida carcelaria y esta comprende su propio sistema con peculiaridades para cada situación procesal.

Finalmente queremos recordar la reforma psiquiátrica y dar una visión de la justicia que visibiliza los derechos fundamentales de las personas como es la social.

INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

ENJUICIAMIENTO PENAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA

REFORMA PSIQUIATRICA Y JUSTICIA SOCIAL

INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Como es sabido, las generaciones de los derechos humanos también inciden en los derechos del condenado, que han ido evolucionando. Desde el comienzo ha habido diversas doctrinas que han justificado los derechos humanos desde diferentes puntos de vista, hasta llegar a la doctrina sociológica que deja de considerar al hombre como un ser abstracto y lo concibe como el hombre en su manera de estar y desenvolverse en la sociedad por lo que comienzan a pensar en los derechos de diferentes colectivos vulnerables, como los de la mujer, niños y los reclusos. A partir de aquí son múltiples los instrumentos normativos que existen a día de hoy para proteger a las personas privadas de libertad. Estas personas tienen limitados ciertos derechos relacionados con la libertad, pero esta condición no debe comportar obstáculo para el disfrute de todos los demás derechos fundamentales.

Con el tiempo se han ido desarrollando más mecanismos de protección de estos derechos fundamentales para poder garantizar y velar por el respeto de estos, por lo que la regla que se ha establecido es el pleno reconocimiento, ejercicio y tutela de los derechos fundamentales y garantías de las personas que se encuentran privadas de libertad y contando con que la excepción es la restricción de alguno de ellos. La doctrina penitenciaria considera que las resoluciones judiciales también son fuentes del derecho penitenciario y los tratados internacionales, las recomendaciones y las reglas de los distintos organismos internacionales, dependiendo de la eficacia que les otorga nuestra Constitución, son fuentes indirectas ya que han influido en la construcción del Derecho Penitenciario Español. Los principales instrumentos normativos que encontramos sobre el ámbito penitenciario y la salud mental en prisión son los que se exponen a continuación:

DESDE LA ESFERA INTERNACIONAL HASTA LA NACIONAL Y COMUNITARIA

INTERNACIONAL:

-La Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de Diciembre de 1948 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas.

-Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, más conocido como la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), adoptado por el Consejo de Europa el 4 de noviembre de 1950.

-Principios básicos para el tratamiento de los reclusos adoptados y proclamados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990.

-La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 13 de Diciembre de 2006 adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas, hecho en Nueva York.

-La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes del 26 de junio de 1987 adoptado por la Asamblea General Naciones Unidas.

-La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de Diciembre de 1979 adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas.

NACIONAL:

Constitución española de 1978, destacando los artículos en relación con el ámbito penitenciario: art. 9, 10 (dignidad humana), 14 (igualdad), 15 (la vida y la integridad física y moral), 17 (libertad), 24 (la tutela y el debido proceso), 25 (derechos referentes a las condenas y penas privativas de libertad), 43 (salud) y 49 (derechos de los discapacitados)

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

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

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, destacando en su artículo 18.8, el cual atribuye a las Administraciones Públicas el deber de promover y mejorar la salud mental. Además, en su artículo 20, la Ley General de Sanidad incorpora principios rectores como la plena integración de la salud mental en el sistema sanitario general, la inclusión de la salud mental en el ámbito comunitario y la atención integral y coordinada.

La Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal establece la actuación con las personas con trastorno mental y discapacidad en los siguientes artículos: 20, 10, 16 y 36.

Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, del 28 de mayo de 2003 (transferencia de competencias) y Salud pública desarrolladas y concretadas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

AUTONÓMICA:

Decreto 42/1986, de 21 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se define y estructura la Atención Primaria de la Salud en la Comunidad Valenciana.

Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana.

Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana donde se especifica la no discriminación y derechos de las personas con discapacidad y sus familias a la igualdad de oportunidades, a la integración y a la accesibilidad universal en cualquier ámbito de la vida pública, social, educativa o económica según el artículo 10.

Decreto 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.

La cuestión que nos planteamos entonces una vez enumerados todos los instrumentos destinados a garantizar los derechos de los reclusos y en concreto a la protección de su salud, es cómo puede seguir existiendo una clara devaluación de sus derechos llegando a la vulneración de algunos fundamentales. A continuación realizaremos un análisis de sus derechos más fundamentales y el estado de sus garantías.

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

DIGNIDAD HUMANA (art. 10 CE)

Primer y más fundamental de todos los derechos, el cual significa el respeto y el reconocimiento de la persona, su vida y de sus condiciones de existencia por el solo hecho de ser un ser humano. Se deben respetar las condiciones mínimas de subsistencia de todos, sin importar que existan algunos que hayan sido declarados culpables de un delito. En España existe sobrepoblación penitenciaria, provocando situaciones de abandono institucional hacia las personas privadas de libertad. Por lo que esta situación provoca en sí una condición indigna de encarcelamiento en estos establecimientos además de vulneración de otros derechos que se suceden consecutivamente a causa del abandono institucional que provoca esta sobrepoblación.

VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA Y MORAL (art. 15 CE)

Este derecho se amplía a un concepto integral, como la vida laboral, sexual, familiar, protección positiva del Estado. El art. 42 de la LOGP afirma que la sanción del aislamiento en celda no puede exceder de 14 días y los supuestos en los que se aplica es para los casos en que se manifieste una evidente agresividad o violencia por parte del interno, o cuando éste reiterada y gravemente altere la normal convivencia en el centro. En todo caso, la celda en que se cumple la sanción deberá ser de análogas características que las restantes del establecimiento". El médico de vigilancia es el encargado de vigilar la salud del interno aislado y en los casos de enfermedad en las circunstancias que lo aconsejen se suspenderá la efectividad de la sanción, como por ejemplo en la fase aguda de un trastorno mental, lo cierto es que en muchas ocasiones no hay comprobación de que el suceso violento haya sido fruto de un trastorno mental grave, y se encierran a individuos que por ley no deben ser encerrados.

LIBERTAD (art.17 CE)

El TC aclara que se ha de proceder como ordena el Código Penal y la Ley de enjuiciamiento criminal, sino podría producirse una lesión de este artículo. Esto ocurre por ejemplo en el cumplimiento de las distintas condenas ya que si se aplicaran las disposiciones de estas leyes, se podría reducir el tiempo de permanencia en prisión del condenado, provocando un alargamiento ilegítimo de esa permanencia, desarrollando pérdida de libertad. Lo mismo ocurre con la regresión de grado por parte de la Administración Penitenciaria de las personas que padecen de trastorno mental grave que detallamos más adelante. Además en cuanto a la medida de aislamiento, afirma la jurisprudencia que esta medida debería ser aprobada por la Administración judicial y no la penitenciaria ya que estamos hablando de una medida que implica directamente privación de libertad. Otra práctica degradante de la administración penitenciaria es burlar la garantía legal del máximo legal de 14 días para la medida de aislamiento ya que una práctica que realizan es transformar las sanciones que superen ese tope en varias sanciones de forma que ninguna de ellas llegue a alcanzar los 14 días.

INTIMIDAD (art. 18 CE)

La LOGP no lo recoge de forma expresa. La sobrepoblación en el ámbito penitenciario dificulta el cumplimiento de este derecho ya que partimos de que el art. 19 de la LOGP recoge que "todos los internos se alojarán en celdas individuales. En caso de insuficiencia temporal de alojamiento o por indicación del médico o de los equipos de observación y tratamiento, se podrá recurrir a dependencias colectivas. En estos casos, los internos serán seleccionados adecuadamente". y según el art. 14 ..."siempre que no existan razones de tratamiento, médicas de orden o seguridad que lo desaconsejen". Nos encontramos ante la situación que en las prisiones de la Comunitat Valenciana, los internos comparten en muchas ocasiones celdas indistintamente de su situación médica. Además los preceptos excepcionales recogidos en el Reglamento Penitenciario los utilizan como norma común. Lo mismo sucede con los cacheos corporales y de celda en relación con la integridad física y moral. El TC recoge que las flexiones suponen por la posición inhabitual e inferior del cuerpo respecto de quien imparte la orden una situación que causa mayor sufrimiento psíquico. y que el cacheo que solo se puede prever de forma excepcional pero en los vis a vis es lo habitual. Otra situación degradante que nos encontramos con las comunicaciones vis a vis para tener relaciones íntimas o de análoga relación es que son muchas veces rechazadas a pesar de ser un derecho reconocido por el Decreto 2273/1977 de 29 de Julio.

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

SECRETO DE COMUNICACIONES (art. 18 CE)

En cuanto al derecho al secreto de comunicaciones se distinguen dos partes diferenciadas: la primera referida al régimen 257 general de familiares, amigos y allegados, y la segunda, a las comunicaciones con abogados, procuradores y otras autoridades o profesionales. La segunda se prevé que solo se verá afectada bajo orden judicial y de forma que esas intervenciones han de ser constitucionalmente legítimas, la problemática viene con la primera parte que no recoge necesidad de orden judicial. Lo que sucede es que en muchas ocasiones estas correspondencias son intervenidas a decisión del director del centro por supuestas razones de seguridad de interés del tratamiento o del buen orden del establecimiento pero sin las garantías que se recogen para las intervenidas judicialmente.

A LA INFORMACIÓN (art. 20.1.D CA)

Se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a recibir información veraz por cualquier medio de difusión. Lo cierto es que en muchas ocasiones este derecho es restringido por la administración penitenciaria basándose en razones de confidencialidad, seguridad de los profesionales que emiten los informes o por las exigencias del tratamiento individualizado. El interno tiene derecho a pedir la información que necesite, como por ejemplo su situación procesal.

El Tribunal Constitucional ha amparado el derecho a la información que reclamaba una persona interna que previamente había sido denegado tras solicitar copias del informe del educador, a causa de que le denegaron un permiso de salida que solicitaba (STC 164/2021). Este derecho existe con sustantividad propia ante la Administración penitenciaria independientemente de posterior recurso judicial ya que el derecho de acceso a la información pública es un derecho instrumental del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva, y, en consecuencia, comparte la misma naturaleza de derecho fundamental puesto que, sin acceso a dicha información, no es posible la referida tutela.

TUTELA JUDICIAL EFECTIVA (art. 24 CE)

Confiere el acceso a la jurisdicción y sus vertientes de acceso a los recursos, al derecho a un proceso debido con todas las garantías, derecho a un proceso sin dilaciones indebidas, a la intangibilidad o inalterabilidad de las resoluciones judiciales firmes, derecho a ser informado de la acusación y derecho de defensa, así como a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, y la motivación de las resoluciones sancionadoras. Según el Tribunal Constitucional se ha de dedicar atención especial al derecho de defensa en general y muy especial de quienes por estar internos en un centro penitenciario, se encuentran en una situación especialmente gravosa. Los recursos alegando indefensión por parte de los internos son los que más prevalecen ya que por la misma situación en la que se encuentran es más propicio a diferentes tipos de situaciones por los que la Administración Penitenciaria pueda llegar a incurrir a vulnerar este derecho. El mismo Tribunal Constitucional en diversas sentencias ha afirmado que no estamos ante meras irregularidades procesales sino ante verdaderas lesiones de derechos fundamentales.

MATRIMONIO Y PROTECCIÓN DE LA FAMILIA (art. 32.1 Y 39 CE)

Aunque estos derechos salgan del amparo del Tribunal Constitucional por estar en el Capítulo II de la CE y no en el I, son numerosas normativas internacionales que los declaran como fundamentales. El derecho a contraer matrimonio carece de regulación en la Ley o Reglamento Penitenciario y consecuentemente no existe límite en la actuación del procedimiento de dicho derecho. El no alejamiento de las relaciones familiares es fundamental en el proceso de no desestructuración y por lo tanto en la reinserción social. Lo cierto es que cuando a un recluso lo destinan a una prisión lejana a sus familiares este derecho se dificulta notoriamente y más notablemente cuando ese recluso es destinado a un hospital psiquiátrico penitenciario, siendo estos 3 deslocalizados. . Lo que sucede es que el recluso accede a su derecho a ejercer matrimonio cuando se le concede el permiso de salida que solamente ocurre en el tercer grado, por lo que para los de primer y segundo grado se dificultará mucho los vínculos de pareja igual que pasa con las relaciones familiares en cuanto al distanciamiento. La configuración de nuestro Estado como Estado social de Derecho, de acuerdo con el artículo 9.2 de la CE, obliga a los poderes públicos a remover los obstáculos y a poner los medios necesarios para que la igualdad y la libertad sean reales y efectivas.

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La protección de la salud está regulada en el artículo 4 del RP con amparo en el artículo 43 de la CE, al recogerlo de un modo directo y concreto. Ahora bien, hay otros preceptos constitucionales que guardan relación con el derecho a la protección de la salud en sentido amplio, como es el caso del artículo 15 de la CE en cuanto al derecho a la vida o el artículo 40 en lo referente a la higiene en el trabajo. De otro lado, hay que dejar constancia de la Ley General de Sanidad al establecer en su artículo 1 que "la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Son numerosos los instrumentos nacionales e internacionales que recogen el derecho a la salud además de recomendaciones y estrategias. La doctrina ha considerado que el sistema sanitario debía regularse de forma independiente a la Seguridad Social y así se ha puesto en práctica.

Este derecho puede ser definido como aquel derecho en virtud del cual una persona puede exigir del Estado que se establezcan y lleven a cabo, en condiciones adecuadas, las premisas necesarias para un bienestar físico, social y mental y que se garantice el mantenimiento de las mismas. De modo que está estrechamente unido al derecho a la vida, es decir, que el derecho a la protección de la salud no significa solamente el derecho a no tener enfermedades, a curarlas y prevenirlas, sino también el derecho a una calidad de vida.

Por otro lado, partimos de la base de que uno de los derechos básicos es el de elegir médico, cosa que en las Instituciones Penitenciarias no ocurre. En otras ocasiones cabe la cabe la posibilidad de que se vulnere la intimidad en el ámbito de la salud en cuanto a las condiciones en las que puedan ser llevadas a cabo, así como la no confidencialidad.En cuanto a los resultados médicos, el tratamiento llevado a cabo sobre los pacientes puede, incluso, que se vulnere el derecho al consentimiento o el derecho a renunciar un tratamiento determinado. Otras prestaciones básicas que deben existir es que el personal existente en las cárceles es al menos un médico general, un ayudante técnico sanitario, un médico odontólogo y personal auxiliar adecuado, así como, una enfermería, una dependencia para la observación de psiquiatría y atención de los toxicómanos, y una unidad para enfermos contagiosos. Dicha asistencia sanitaria tiene cuatro finalidades: prevención, curación, tratamiento y rehabilitación. Otros derechos que se confiere es ser examinado por un médico ajeno a la prisión, la prestación de enfermería, dependencias para toxicómanos y dependencias para trastornos mentales, este último uno de los derechos más vulnerados.

DERECHOS DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS

Lo primero de todo es distinguir en materia de regulación de derechos los centros de internamiento de extranjeros de los establecimientos penitenciarios ya que los primeros forman parte del derecho penal especial pero administrativo y no penitenciario como los segundos, es decir son un instrumento ordinario de intervención de la Administración en la regulación de las políticas de extranjería de los países occidentales. Por lo que prima las competencias policiales sin necesidad de la comisión de un delito.

En cuanto a la cuestión de los extranjeros la jurisprudencia recoge que según la CE los extranjeros gozarán en España de las libertades que les atribuyen los tratados y la ley, de modo que los derechos y libertades reconocidos a los extranjeros siguen siendo derechos constitucionales, y por tanto, dotados (dentro de su específica regularización) de la protección constitucional pero, son todos ellos sin excepción en cuanto a su contenido, derechos de configuración legal" (STC 107/84). Por lo que es inexistente un principio constitucional de igualdad total de equiparación de españoles y extranjeros, el art. 14 solo es aplicable por tanto a los españoles. Por lo tanto en cuanto a los extranjeros privados de libertad hay artículos de la CE que protegen derechos fundamentales que no se aplican como la igualdad y el principio de no discriminación. Se deduce entonces que si existen dificultades de los reclusos extranjeros al tener diferente idioma, cultura, costumbres y religión, sumado a la desconstitucionalización de sus derechos fundamentales, que su vida en el medio carcelario va a suponer más exclusión aún que los presos españoles imposibilitando la reeducación y reinserción social y desembocando en la discriminación.

Queremos dar especial cabida a la situación de los extranjeros en los Centros de Internamiento de extranjeros, estos tienen una serie de derechos que se ven vulnerados y que están reconocidos en el Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros, en este Decreto se recogen los derechos fundamentales básicos así como algunos específicos por la condición de extranjero.

DERECHOS DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS

Pues bien, son numerosos los informes sobre las condiciones de los CIEs en España elaborados por la Asociación Pro-Derechos Humanos APDHA, Defensor del Pueblo español obel Sindic de Greuges, el Ferrocarril Clandestino, Pueblos Unidos, S.J.M, Migreurop, Women's Link Worldwide y plataformas como CIES NO, aquí en Valencia, los que coinciden en denunciar las lamentables condiciones a las personas que se encuentran encerradas en los mismos:

- Condiciones idénticas al confinamiento carcelario: en celdas, con movilidad interna restringida, vigilancia mediante circuitos de cámaras y sensores de movimiento, revisiones e inspecciones de efectos personales, entre otras. Es común que se compare la prisión con un CIE, ya que, de hecho, los CIES de Madrid, Barcelona, Algeciras y Gran Canaria se encuentran en antiguas prisiones.
- La acusada tendencia a priorizar las medidas de seguridad y control policial de los centros, en deterioro de las condiciones de vida de los internos del mantenimiento de sus derechos no afectados por la privación de la libertad deambulatoria.
- Deficientes condiciones de vida: insalubridad temperaturas extremas. Además, la sobreocupación de la capacidad de los centros, empeora las deficiencias estructurales de algunos de ellos en los que las instalaciones son precarias, obsoletas y descuidadas.
- Menosprecio por la integridad de los internos, abusos, torturas y malos tratos.
- Carencia de medios asistenciales previstos por la Ley como servicios de intérpretes, asistencia jurídica y médica.
- Falta de transparencia.
- Arbitrariedad de las autoridades y vigilantes: la anomia disciplinaria deja al albedrío de las autoridades y vigilantes del centro la determinación de las normas y, peor aún, las sanciones en la mayor parte, desproporcionadas.
- La ausencia de criterios uniformes para solicitar el ingreso en el centro, mezclándose con los mismos extranjeros que, tras salir de prisión, están pendientes de ser expulsados, con personas que han sido detenidas por mera estancia irregular, es decir, solo por una falta administrativa.
- La carencia de modelos adecuados de convivencia familiar, porque incluso donde existen no se dan las condiciones para el uso de los mismos.

CIE ZAPADORES

¿ES LA REINSERCIÓN UN DERECHO FUNDAMENTAL?

Desde la instauración de la Constitución de 1978 se incluye por primera vez la referencia a los fines de la pena en el art. 25.2: "Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados."

El fin de la pena entonces pasa de ser un mero castigo a buscar la reinserción en la sociedad de la persona condenada. El problema ha venido por las dificultades de interpretación de dicho artículo ya que no ofrece definición ninguna de los conceptos reeducación y reinserción social, además de su ambigüedad en la referencia en "estarán orientadas". Otra problemática es que el precepto se refiere como mandato orientador de las penas privativas de libertad pero debería extenderse al resto de penas, tanto a las pecuniarias como a las privativas de derechos. Pero el otro problema al que venimos a hacer referencia aquí es si nos encontramos o no ante un derecho fundamental. Las consecuencias serían muy diferentes que las que derivan sólo de un mero mandato orientador. Mismamente si se garantizase como derecho fundamental, una norma que lo vulnerarse podría ser llevada ante el TC mediante amparo constitucional. La polémica de considerar la reinserción como derecho fundamental ha venido como ya hemos explicado a causa de la mala y confusa redacción del artículo en la que la solución del problema queda inevitablemente en manos de la interpretación.

La postura del TC ha ido evolucionado, sin embargo descarta la reinserción como derecho fundamental y consideraba que nos encontramos exclusivamente ante un mandato orientador de la política penal y penitenciaria aunque actualmente ni tan siquiera lo considera un mandato orientador, debatiendo la existencia misma de la reinserción. La postura del TS lleva una línea totalmente distinta al TC, esto pierde importancia al tener en cuenta que es el TC el que establece la interpretación definitiva de la letra de la Constitución. La postura doctrinal es muy diversa pero mayoritariamente optan por considerar que tienen naturaleza de derecho fundamental, considerando así un derecho a la reeducación entendiendo este como la efectiva nivelación de asimetrías sociales y déficits culturales y un derecho a la reinserción entendiendo este como la disposición de los medios de tratamiento, jurídicos y de apoyo social para una vida digna en libertad.

¿ES LA REINSERCIÓN UN DERECHO FUNDAMENTAL?

Por lo tanto encontramos que la concepción de reeducación y reinserción social como mandato no es argumento suficiente para no contemplarlos como derechos fundamentales, ya que encontramos muchos mandatos a lo largo de la Sección 1 de la CE que llevan implícito además un derecho fundamental. Por otro lado cuando concurra una colisión de derechos el hecho de caracterizarlo como derecho fundamental no significa que no pueda ceder ante otros derechos. También ha sido negado como derecho fundamental por el hecho de que la reinserción social resulta utópica que pueda conseguirse a través del medio carcelario con una pena privativa de libertad pero al margen de esto, y por supuesto no quitamos veracidad a esa afirmación, si es cierto que aunque el estado no se encuentre en condiciones de asegurar la consecución de los fines reinsertores y reeducadores, no es obstáculo para que estos sean considerados como derechos fundamentales. De hecho esto serviría para no alejarse de los cauces que se han de seguir para buscar una vida digna en libertad y la reducción de la delincuencia. No olvidemos que el Estado no tiene el poder de garantizar todos los derechos explícitamente en cada caso particular a todos y cada uno de los ciudadanos, sino que su función es tratar de lograr esas finalidades y buscar la reparación una vez estos derechos han sido vulnerados. Por lo que lo realmente eficiente sería no sólo procurar la reinserción a través de las normas, decisiones judiciales y medidas penitenciarias, sino que también los poderes públicos han de actuar para proteger y tratar de garantizar este derecho.

La conclusión que extraemos es que podemos entonces concebir que esa vulneración a veces sistemática de los derechos fundamentales de los reclusos no se debe tanto a que no sean en sí no respetados sino que se trata de que los derechos fundamentales de los reclusos han sido concebidos, tanto normativamente como jurisprudencialmente, como derechos de segunda categoría, es decir, se ha intentado configurar desde el comienzo al recluso como un ciudadano de segunda categoría en comparación con el resto de ciudadanos en libertad.

PLANES Y ESTRATEGIAS VIGENTES EN MATERIA DE SALUD MENTAL

"Especial atención merecen determinadas poblaciones más vulnerables, bien por sus limitaciones o condiciones sociales, independientemente del problema de salud que puedan padecer, como son las personas con problemas de salud mental en prisión..." (Estrategia Autonómica de Salud Mental)

- ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
- PLAN DE ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- RECOMENDACIONES DE NACIONES UNIDAS
- ESTRATEGIA AUTÓNOMICA DE SALUD MENTAL

ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el presente año, 2022 se publica la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026), en la que se refiere a la población diana como la siguiente: "esta estrategia está dirigida a toda la población, y especialmente a todas las personas con problemas de salud mental que reciben atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), a sus profesionales (del ámbito clínico y de gestión), organizaciones y proveedores de asistencia sanitaria en el SNS, a las familias de las personas con problemas de salud mental y a todas aquellas entidades académicas y sociales y agentes involucrados en la mejora de la salud mental en España".

Las personas con problemas de salud mental privadas de libertad, quienes no reciben atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud quedan en un limbo y acaban siendo mencionadas en un par de ocasiones dentro de una lista colectivos especialmente discriminados a los que no se les da mayor protagonismo.

En la estrategia no se expone específicamente la situación precaria de la sanidad, sobre todo en materia de salud mental, en las prisiones, ni la necesidad de que la sanidad de prisión sea gestionada por las comunidades autónomas ni se plantean soluciones o acciones concretas para que las personas con problemas de salud mental privadas de libertad tengan acceso a una sanidad universal y equitativa.

PLAN DE ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La OMS ha elaborado un Plan de Acción mediante el cual se fijan cuatro objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

Algunas de las aportaciones de la OMS para la persecución de los objetivos son:

-Apoyar la creación y el fortalecimiento de las asociaciones y organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como de sus familiares y cuidadores/as. Además de propiciar y trabajar para conseguir su integración en las organizaciones ya existentes relacionadas con la diversidad funcional, y facilitar el diálogo entre ellas. Todo ello destacando la función y el trabajo de los/las profesionales sanitarios/as, las autoridades públicas de los sectores social y de la salud, derechos humanos, discapacidad, educación, empleo y justicia.

-Se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras actividades significativas.

-La disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios/as competentes, dedicados/as, bien formados/as y su distribución equitativa, son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados.

-Los/las profesionales sanitarios/as con formación en salud mental deben ser personas que estén preparadas y formadas para tratar los trastornos mentales en las personas que atienden y, además, proporcionar información sobre el bienestar general y detectar afecciones conexas, como las enfermedades no transmisibles o el consumo de drogas.

-Defender el derecho de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales a recibir del gobierno una prestación de invalidez y a tener acceso a una vivienda y a programas para ganarse el sustento, y más en general, a tomar parte en la vida laboral y comunitaria y en los asuntos ciudadanos.

El plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales:

- **COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**
- **DERECHOS HUMANOS**
- **PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS**
- **ENFOQUE QUE ABARQUE LA TOTALIDAD DEL CICLO VITAL**
- **ENFOQUE MULTISECTORIAL**
- **EMANCIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES**

RECOMENDACIONES DE NACIONES UNIDAS

En primer lugar, en el documento de "Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos", hay un apartado explícito sobre las recomendaciones en los centros penitenciarios sobre los servicios médicos que todo centro deberá ofertar y al que cada una de las personas internas en prisión deberían tener derecho.

Se hace especial hincapié en la coordinación entre los centros penitenciarios y la administración pública, sobre todo en materia de salud (art. 22.2)

Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional (Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 2016, art. 22.2)

Seguidamente, en el mismo documento, en los artículos 24, 25.1 y 25.2 hacen referencia a la función del médico/a en los centros penitenciarios: 1) El médico velará por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

En el mismo documento se relacionan los principios con "promover el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la sociedad", pero la falta de medios de atención a las personas que sufren problemas de salud mental, corresponde al incumplimiento de esta obligación.

Como resulta lógico, pero parece que en ocasiones se olvide, todas las personas internas en prisión tienen derecho a que le sean garantizados los derechos humanos.

Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas. (Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, 1990, art. 5)

En materia de salud, como se indica en el art. 9, las personas internas "tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica." . Este problema se ve especialmente agravado cuando se trata de la población penitenciaria. El hecho de estar en una prisión no puede ser motivo de ningún tipo de discriminación.

Por otro lado, y siguiendo en la misma línea, el documento emitido por Naciones Unidas "Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión", se destacan en materia de salud mental los principios 24 y 26, donde se hace especial hincapié sobre la obligación de toda persona privada de libertad a realizar "un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario" (artículo 24) y a realizar registros de los mismos con el "nombre del médico y de los resultados de dicho examen" (artículo 26) y por tanto, "se garantizará el acceso a esos registros" (art. 26).

ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE LA SALUD MENTAL COMUNITAT VALENCIANA

La Ley 16/2003 del 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, expone que, para la universalidad de los cuidados médicos y que estos sean prestados con criterios de equidad y calidad, es obligatorio el traspaso de competencias en materia de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas y que estas sean integradas en sus respectivos servicios de salud autonómicos.

Según el plazo establecido, la sanidad penitenciaria debería haber sido transferida, a través de la solicitud de la misma por parte de las Comunidades Autónomas, antes de noviembre de 2004. Sin embargo, esto no ha sucedido todavía en la Comunidad Valenciana, por lo que la gestión de la sanidad penitenciaria, en lugar de ser competencia de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, que son quienes deberían ser responsables, continúa siendo competencia del Ministerio de Interior.

Tras la publicación, en julio, de nuestro informe anterior en julio de 2021, Cristina Rodríguez, diputada y portavoz de Compromís, presentó, en la Comisión de Derechos Humanos en Les Corts, celebrada en septiembre de ese mismo año, una propuesta para que la transferencia las competencias en materia de sanidad penitenciaria tenga lugar. Sin embargo, a día de hoy dichas competencias siguen siendo del Ministerio de Interior, por lo que insistimos en la necesidad de completar la transferencia.

Hasta que dicha transferencia no se haga efectiva, la sanidad penitenciaria seguirá siendo precaria, con plazas por cubrir ya que las condiciones laborales son inferiores y además no da puntos para la bolsa de sanidad, no podrá darse la continuidad en los tratamientos, ya que al ser sistemas diferentes, sanidad penitenciaria no tiene acceso a los historiales clínicos de la pública y viceversa, todos los trámites seguirán siendo tediosos ya que debe pasar por Madrid todo lo que sucede respecto a la sanidad de las prisiones valencianas, y un largo etcétera que impide que la sanidad en prisión pueda ser adecuada y de calidad.

En el informe anterior, mencionamos también la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, la cual consolidaba un modelo de atención comunitaria, centrado en las personas, orientado a la recuperación, inclusión social y participación activa de las personas usuarias, respetando y defendiendo sus derechos, desde un eje transversal y abordado tanto desde la unidad de salud mental y la atención primaria como desde los servicios sociales.

En 2022, pese a dicha estrategia, la atención en materia de salud mental a las personas privadas de libertad continúa siendo, como se ha expuesto, prácticamente inexistente. En este año están elaborando el Plan Valenciano de acción para la Salud Mental, Drogodependencias y conductas adictivas, que se presentó el lunes 12 de diciembre de 2022 sin que hayamos tenido acceso al documento, simplemente hubo una mención a los centros penitenciarios en la presentación sin concreción alguna, Plan que prevé una inversión de 70 millones hasta 2027 y que ha contado con un grupo de 70 personas de la población general escogidos al azar para que puedan ser partícipes exponiendo las necesidades que observan en materia de salud mental.

ENJUICIAMIENTO PENAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

El proceso penal de las personas judicializadas con trastorno mental suscita una gran problemática que se caracteriza básicamente en que por un lado las personas que son enjuiciadas y tienen trastorno mental no pueden conocer bien y participar correctamente en el proceso, y por otro lado la problemática de salud mental en muchas ocasiones no se constata en las actuaciones. Estos procesos penales tan defectuosos llegan a vulnerar en muchos casos los derechos fundamentales de los procesados. En los juicios, y sobre todo en los **juicios rápidos** por lo general el juez no suele tener en cuenta el Trastorno Mental bien porque no ha existido valoración forense o porque la misma no está realiza por especialistas en psiquiatría, y en los casos en los que se evidencia el trastorno abogan por una medida de seguridad que significa el internamiento en un centro adecuado que acaba siendo un centro penitenciario. La falta de formación y concienciación sobre este tema entre los diferentes operadores jurídicos es la base del problema. De hecho la jurisprudencia presenta claros criterios contradictorios ante supuestos de trastorno mental evidenciado.

Las dos posturas de la doctrina jurisprudencial son bien la celebración del juicio oral de la persona con trastorno mental con imposición de medida de seguridad en sentencia o la concepción de que esa persona no tiene la aptitud necesaria para participar en el proceso judicial por lo que constatado que no puede comprender el proceso se declara la nulidad del juicio oral.

La actuación del Derecho Penal, con sus fines de prevención general y especial, está prevista inicialmente sólo respecto de aquellos que tienen **capacidad de culpabilidad**, esto es, son conscientes de haber roto una norma social relevante y actúan con desprecio al pacto social de mínimos que legitima el derecho punitivo, pese a haber tenido la alternativa de actuar de forma correcta; posteriormente también establece que, quedará fuera de la responsabilidad penal (art. 20.1 CP) quien a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, es decir es **inimputable**. Por otro lado el Código Penal prevé en su artículo 66 la posibilidad de que el trastorno mental afectase de diferente forma a la responsabilidad pudiendo suponer una atenuante privilegiada u ordinaria o en una exención total de responsabilidad.

Aquí se inserta la interrogante que abre esta intervención. Se trata de determinar cómo actuar frente a quienes, pese a no ser penalmente responsables, han realizado un hecho que podría ser descrito como delito. (A. Medina, 2020)

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Cabe diferenciar entre la capacidad procesal y la inimputabilidad. **La capacidad procesal** la tienen aquellas personas que tienen aptitudes necesarias para participar de modo consciente en el juicio y por otro lado la **inimputabilidad** viene dada por la capacidad de culpabilidad del sujeto, presupuesto exigido para la imposición de una pena por un delito cometido, es decir el autor del delito conoce el carácter antijurídico de sus actos, cuando carece de esta capacidad no cabría atribuirle responsabilidad penal. Se puede dar la posibilidad de que una persona sea inimputable pero si tenga capacidad procesal, o que sea imputable respecto del hecho realizado, pero sin capacidad procesal. Hoy en día el Derecho Penal sigue actuando respecto de quien no tiene capacidad de culpabilidad, se le somete a un procedimiento, se le investiga, incluso se adoptan medidas cautelares que llegan a la privación de libertad y se le acaba sometiendo a juicio; ciertamente al no imputable no se le impondrá una pena en sentido propio en el proceso penal, pero no se le exime de toda consecuencia jurídica, pues muy por el contrario se le puede imponer una llamada **medida de seguridad**, cuyo fundamento nada tiene que ver con el de la pena. Estas normas respecto al enjuiciamiento de sujetos con trastorno mental recogidas en la LECrim son contrarias a la CE en cuanto se vulnera el derecho de defensa, además de confusas y contradictorias. La LECrim regula los supuestos en que la incapacidad concurría en el momento de la comisión del hecho delictivo y persistía durante el proceso (art.381) y por otro lado la incapacidad sobrevenida a la comisión del hecho delictivo (art. 383). El juez instructor al mismo tiempo en los casos que se sospeche la existencia de limitación de capacidad procesal del investigado debe solicitar informe del médico y recabar toda la posible información sobre la capacidad del investigado (art. 382).

En cuanto a la aplicación de estas medidas de seguridad que tan sólo se pueden aplicar en sentencia, encontramos las privativas de libertad (internamiento en centro psiquiátrico) y no privativas (libertad vigilada, custodia familiar o sumisión a tratamiento en centros médicos externos o centros/establecimientos del tercer sector destinados a la rehabilitación y reinserción). Como es sabido dentro de las medidas de seguridad que suponen internamiento en centro psiquiátrico, estas suponen el internamiento en un centro penitenciario ya que al hilo de la reforma psiquiátrica se debía haber eliminado los manicomios y derivar el tratamiento de los pacientes hacia una atención totalmente comunitaria pero por el contrario se derivó la cuestión al marco sancionador penal y a los centros penitenciarios.

Las **medidas alternativas a la prisión** también son importantes a la hora de tomar la instrucción con pacientes privados de la libertad, es necesario analizar la capacidad de estos pacientes para conocer el sentido de la pena y las medidas de protección y seguridad en el ámbito civil, así como, aunar criterios entre juristas y psiquiatras y continuar avanzando en el conocimiento de este complejo término que encarna una problemática realidad en el día a día de los tribunales.

CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA

Uno de los principios del sistema penitenciario español es la individualización de la pena, es por eso que se creó un sistema de grados para clasificar a las personas privadas de libertad atendiendo a sus especificidades en diferentes grados de tratamiento para poder destinarlos de los establecimientos que se adapten al tratamiento que se les haya programado. Este tratamiento se basa en la personalidad de cada penado, realizando una observación de todos los factores que puedan intervenir en su tratamiento como es el historial individual, familiar, delictivo, social, la duración de la condena y los recursos existentes para el tratamiento.

PRIMER GRADO

,EL PRIMERO CORRESPONDE AL MÁS ESTRICTO, CON MÁS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL, ES DESTINADO PARA LOS INTERNOS SEGÚN EL ART. 102.5 RP "DE PELIGROSIDAD EXTREMA O INADAPTACIÓN MANIFIESTA Y GRAVE A LAS NORMAS GENERALES DE CONVIVENCIA ORDENADA…"

SEGUNDO GRADO

EL SEGUNDO CORRESPONDE AL RÉGIMEN ORDINARIO CERRADO Y ES DESTINADO SEGÚN EL ART. 102.3 RP "A LOS PENADOS EN QUIENES CONCURRAN UNAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PENITENCIARIAS DE NORMAL CONVIVENCIA, PERO SIN CAPACIDAD PARA VIVIR, POR EL MOMENTO, EN SEMILIBERTAD".

TERCER GRADO

EL TERCER GRADO ES EL RÉGIMEN ABIERTO Y ES DESTINADO SEGÚN EL ART 102.4 RP, "A LOS INTERNOS QUE, POR SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PENITENCIARIAS, ESTÉN CAPACITADOS PARA LLEVAR A CABO UN RÉGIMEN DE VIDA EN SEMILIBERTAD" ESTE RÉGIMEN PERMITE QUE PUEDAN CONTINUAR SU TRATAMIENTO EN LOS CIS Y TENER CONTINUO CONTACTO CON EL EXTERIOR.

El grado se revisa por la Junta de Tratamiento, órgano colegiado al que corresponde establecer los programas de tratamiento o modelos individualizados de ejecución penitenciaria, cada seis meses. Esta Junta decide las progresiones y regresiones de grado así como conceder o no los permisos de salida. También puede significar el traslado a otro establecimiento penitenciario dependiendo de la revisión de grado que se realice. La realidad que nos hemos encontrado gracias a diversos testimonios, contando con trabajadores de la prisión e internos, es que cuando sucede algún brote psicótico violento, la decisión que toman respecto a esta situación es regresar de grado a los internos, práctica que iría en contra de los derechos de los reclusos. Un testimonio que se encontraba interna en la prisión de Villena y posteriormente trasladada a Picassent, padecía de TMG con esquizofrenia paranoide entre uno de sus trastornos diagnosticados. Dentro de la prisión fueron reduciendo drásticamente la medicación hasta el punto que brotó y tuvo una reacción violenta en la que agredió a una funcionaria, la decisión de la Administración Penitenciaria fue aislarla en la celda varios días y regresar de segundo a primer grado, todo esto sin atención médica ni revisión psiquiátrica.

Por otro lado existen los **permisos ordinarios de salida** de prisión, con una duración máxima de días y previo informe favorable del equipo técnico del Centro, siempre y cuando uno no se encuentre clasificado en primer grado, haya cumplido ¼ de la condena y buena conducta. Además, como requisito indispensable nos encontramos también que tienen que tener apoyo familiar en el exterior o recursos que te hayan acogido por lo que nos encontramos con que las personas PAIEM suelen tener menos acceso a permisos y tercer grado por cuestiones externas a la prisión y de nuevo relacionadas con la falta de recursos y apoyos sociales.

La libertad condicional no es en sí un grado penitenciario, sino un beneficio en el cual se suspende la ejecución de la pena de prisión, este beneficio no se puede conceder en el momento inicial de cumplimiento de pena como sí es posible en el tercer grado. Para conceder la libertad condicional se han de cumplir requisitos como estar en tercer grado, haber cumplido ¾ partes de la pena, tener buena conducta y haber satisfecho la responsabilidad civil.

Otra opción que existe previa entrada a prisión es que el juez en su sentencia se decante por **la suspensión del cumplimiento de la pena** establecida en el art. 84 del CP. Es decir no se procede al internamiento en prisión a condición de que en el plazo que fije el juez el solicitante no cometa otro delito y resarza el daño o pague una multa o realice trabajos en beneficio de la comunidad. Para esto se deben cumplir ciertos requisitos establecidos por el Código Penal y aun así el juez puede decidir que se cumpla condena igual bajo decisión motivada. Entre estos requisitos encontramos los subjetivos, que son valorados por el juez, teniendo en cuenta el delito cometido, las circunstancias personales, la reparación del daño, los antecedentes penales y familiares, etc. Por otro lado se establecen unos requisitos objetivos como que el condenado haya delinquido por primera vez (no se tienen en cuenta delitos imprudentes o leves o cuando los antecedentes ya han sido cancelados), que la pena sea inferior a 2 años y que se haya satisfecho la responsabilidad civil.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

"si se cierran los psiquiátricos seguramente las cárceles se llenarían de personas con enfermedad mental" Foucault en los 70

Con la reforma psiquiátrica, materializada en 1986 en la Ley General de Sanidad se buscaba eliminar la marginación de la asistencia al enfermo mental a través de la integración de los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como una atención especializada vinculada con la atención primaria y ligado a los servicios locales de atención social.

La reforma planteaba una nueva modalidad asistencial, por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/ manicomio a la comunidad.

La realidad es que algo ha fallado entre el cierre de los grandes psiquiátricos y el desarrollo de la red comunitaria y muchas personas quedan fuera de las mismas, entrando en contacto antes con el consumo de sustancias y derivado muchas veces de esto, con el Sistema Judicial, que con el de Salud. De hecho, se estima que el 67,7 % no ha tenido ninguna vinculación con los servicios de salud mental comunitarios antes de su ingreso en el centro penitenciario.

Además, actualmente se observa una psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana queha colapsado la atención primaria haciendo que el TMG haya sido desplazado de la atención en los centros de atención primaria y red comunitaria.

La red de salud mental comunitaria necesita recursos, hasta ahora insuficientes, para garantizar el tratamiento y el seguimiento de pacientes graves.

Esta falta de recursos ha derivado en que la prisión sea utilizada como "recurso asistencial para enfermos mentales que cometen algún delito".

JUSTICIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

"La Justicia Social conceptualmente basa su importancia en la protección de los derechos fundamentales de los individuos, dentro de estos derechos se encuentran de forma evidente el derecho a la vida y a la salud, este último contempla a las personas que poseen una discapacidad mental misma que debe ser tratada especializadamente con respeto a los instrumentos internacionales protectores de derechos humanos. La justicia social hace referencia a la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales, asegurando así la dignidad de todas las personas y la cohesión social. La justicia social se entiende en una doble dirección.

Por un lado, se trata de un principio de la vida social que guía tanto la acción individual como la acción de las instituciones en una comunidad política. Por otro lado, es una característica del modo de ser de las personas, según la cual se actúa desde la convicción de respetar siempre la dignidad de las otras personas.
Son dos los principios éticos que rigen la asistencia médica en los centros penitenciarios para las personas con enfermedad mental: el principio de equidad y el principio de conservación de derechos. (Barrios, 2007)

Con referencia al principio de equidad, se establece que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”. También, “la atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo”. En los casos, en los que los reclusos necesiten asistencia especializada “se procurará a través del Sistema Nacional de Salud”, por tanto, en los Equipos de Salud Mental de la zona en la que se ubique el centro penitenciario; y “se acudirá al hospital más próximo”, en los supuestos de urgencia, por tanto, podrán ser internados en las Unidades Psiquiátricas de Agudos del hospital más cercano. (Carrasco Revelles, 2019)

En cuanto al principio de conservación de derechos, viene a referir que los reclusos pacientes deben gozar de “las mismas garantías que todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución”. Los reclusos por el hecho de cumplir una pena privativa de libertad no pierden sus derechos constitucionales, ahora bien, pueden verse limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria pero el derecho a la salud, nada tiene que ver con estos criterios limitantes, por lo que los enfermos en prisión deben conservar su derecho en el orden sanitario. (Carrasco Revelles, 2019)

PUNTO DE VISTA SOCIÓLOGICO/CRIMINOLÓGICO

En este apartado queremos desarrollar una visión de la criminalidad y del ámbito penitenciario como fenómeno social de forma integral para así poder extraer una visión global del fenómeno criminal, a día de hoy imprescindible para comprender el sentido de lo que queremos finalmente comunicar en este informe.

Para eso el primer paso es desnaturalizar la situación de las personas privadas de libertad que sobre todo tienen problemas de salud mental y explicar el estigma que esto provoca. Una vez posicionada la situación del individuo nos dirigimos hacia el sistema penitenciario en sí comparándolo con otros sistemas de otros países yendo desde el más represivo hacia el que más se acerca a la resocialización y finalmente dar un a visión del posible fracaso del sistema penitenciario.

CONSTRUCTO DE LA PERSONA PSIQUIATRIADA EN PRISIÓN

EL ESTIGMA

COMPARATIVA DE OTROS SISTEMAS PENITENCIARIOS

FRACASO DEL SISTEMA PENITENCIARIO

CONSTRUCTO DE LA PERSONA PSIQUIATRIZADA EN PRISIÓN

"¿Existe un buen modo de categorizar los cuerpos? ¿Qué nos dicen las categorías? Las categorías nos dicen más sobre la necesidad de categorizar los cuerpos que sobre los cuerpos mismos." -Judith Butler

Para explicar el constructo de la persona psiquiatrizada en prisión seguimos el trabajo de Focault a través de una arqueología de la subjetividad y un rastreo de la historia del encerramiento y la psiquiatrización.

Podríamos entender que los individuos sujetos a estas categorías y patologías no son causa de la categoría, sino, al contrario, los sujetos son producto de la ley y la norma. Antiguamente, por ejemplo, no se consideraba que los locos fueran peligrosos, igual que ahora no metemos en hospitales a personas acusadas de homosexualismo. Todo depende del contexto sociohistórico. Se convierte la patología y el desorden moral en desorden natural por lo que pasamos de un encerramiento moral a un encerramiento con justificación médica y científica.

La locura como "problema a resolver" y el "otro" de la racionalidad moderna, no aparece hasta el siglo XVII con el crecimiento de las ciencias modernas que pretenden la dominación de la naturaleza, su entendimiento completo y su absoluto control, lo que termina pasando por un control de la humanidad por la propia humanidad. La patología supone un intento de explicar el crimen, lo anormal, por parte del sistema. Aparece entonces la construcción de marcos teóricos, epistemologías y categorías en las que encajar, controlar y entender a los sujetos "anormales", fuera de la moral hegemónica.

Esta patologización supone una desactivación de cualquier posible politización que pueda ayudar a su transformación ya que se han encontrado motivos médicos. Por lo que los individuos psiquiatrizados y criminalizados pasan a ser simples víctimas que han de dejarse ayudar por los expertos científicos que saben de lo que hablan.

Por los centros de encerramiento no pasan los individuos que "han sido malos" en un sentido abstracto atendiendo a una maldad y bondad como elementos superiores a nosotros y que hacemos cumplir como sociedad civilizada. Los valores y morales dominantes en cada sociedad están determinados por las condiciones de existencia de cada entorno social y están basadas en epistemologías y cosmovisiones concretas, definidas por las ciencias y el conocimiento producido en dicho entorno.

Importante hablar aquí del concepto de prisionización, que supone la asimilación de cultura carcelaria por parte de las personas internadas en estos centros. Se trata de una internalización del papel de preso, una transformación de la autopercepción de las personas reclusas, asumiendo su situación y haciéndola suya. Podemos hablar de una nueva socialización, entendiendo esta como la asimilación de las características culturales y prácticas propias de un entorno sociocultural concreto, y un abandono de la socialización anterior, un alejamiento de la sociedad que existe fuera de los muros del centro penitenciario.

El mundo carcelario es confuso y complejo, tiene sus propias jerarquías internas tanto entre reclusos y funcionarios como entre los propios internos. Sin embargo, al carecer de la estructura social bien definida y de valores estructurantes más allá de las normas de comportamiento, tienen lugar gran número de conflictos. Las personas privadas de libertad muchas veces se encuentran sin un objetivo común como grupo, no existe ningún tipo de cohesión social, sino que devienen un mundo de individuos con relaciones impersonales, lleno de egoísmo, frustración, infelicidad y resignación. Una vez terminado el periodo de privación de libertad todos estos factores acentúan la inadaptación resultando la exclusión social y por consiguiente la vuelta a comportamientos delictivos y el regreso a prisión pudiendo desarrollar complicaciones psicológicas como la depresión e incluso la ideación suicida.

Por lo que las categorías que sujetan a los individuos son previas a estos, son una construcción social anterior a ellos, una categoría social y legal y no una realidad surgida de ellos por lo que ocurre una segunda socialización.

Entendiendo el concepto sociológico de socialización podemos comprender como la situación de las personas privadas de libertad (tanto previamente a la entrada en los centros penitenciarios como dentro de ellos) se trata de una construida por la interrelación de diferentes elementos y, por tanto, puede y debe ser transformada con la ayuda de la acción social. Las realidades de las personas criminalizadas y, sobre todo, de las personas psiquiatrizadas y diagnosticadas con trastornos mentales son fruto de las condiciones que se han interconectado en su socialización y que son transformables.

La socialización previa al individuo asimilador podemos entenderlo como un molde previamente fabricado en el que se coloca al individuo para que crezca según sus límites y bordes y jamás fuera de ellos como el género, la sexualidad, clase social...

La ley, el poder, articula socialmente los sujetos criminalizados y psiquiatrizados. Su situación no nace de su condición de criminal o enfermo mental, la cual sería de alguna manera previa a la estructura social que los determina como tales, sino que su condición de enfermo y/o criminal surge de la situación social en que habita como individuo, son categorías impuestas de manera externa por instituciones y dispositivos de poder social y de saber. Lo mismo ocurre con la categoría de la homosexualidad sociohistóricamente construida, la cual hasta hace unas décadas era considerada por las instituciones médicas y científicas como un desorden mental. Podemos ver así como la ciencia es de todo menos objetiva, por mucho que esa sea su pretensión, pues su conocimiento no puede escapar del entorno sociocultural e histórico en el que surge.

Hablar de la sociohistoricidad de las construcciones sociales supone destapar sus cimientos, negar su naturalidad y, por tanto, afirmar y hacer posible su transformación o derrumbe mediante la crítica y la acción social, pero en ningún momento negar su materialidad, pues es esta la que produce el dolor, el sufrimiento social y la violencia física que padecen los colectivos de los que hablamos. Hablar de construcciones como el género o el racismo como de meras invenciones humanas imaginarias supondría negar ese dolor.

Las categorías criminales, categorías judiciales previas al individuo penado y que configuran en el papel el sujeto en el que buscarán encerrar, son el dispositivo de poder empleado por el poder social para capturar todo aquel individuo o comportamiento que se escape del

molde preestablecido para él, encerrar y corregir cualquier aquello que rompa la normalidad social. Esta normalidad queda formada por los elementos constitutivos de una sociedad concreta, sus valores sociales y sus categorías sociales empleadas para la etiquetación y administración de la realidad y de la población.

El interés por los misterios del comportamiento humano y la voluntad científica de entender a "los locos" llevó a la ciencia a la investigación y el entendimiento de cada conducta, de cada diferencia observable. Comienzan así a aparecer todas las categorías psiquiátricas, sexuales y criminales que conocemos hoy en día y que conforman el sujeto moderno. El Estado pasa a gestionar la actividad criminal y y la marginalidad social. Ya no basta con hacer una separación binaria entre aquellos moralmente correctos y aquellos que han infringido las normas para así castigar a estos últimos, ahora se conoce la especificidad de cada comportamiento y el castigo ha de ser igualmente proporcional al delito cometido. Cada castigo tipificado va en relación a un delito concreto y cada delito diferenciado hace referencia a un sujeto social específico.

Las leyes, y los centros de privación de libertad como su principal herramienta para gestionar dichos grupos sociales como al igual que por las escuelas pasan aquellos niños y niñas en proceso de socialización para aprender e integrar en ellos lo necesario para ser sujetos funcionales. Los individuos no funcionales, es decir que por diferentes situaciones o condiciones no puedan trabajar o ser útiles para el conjunto social, son gestionados por el estado a través del encierro. Destacan entre estos individuos las personas diagnosticadas con trastornos mentales. Este colectivo social supone un grupo marginado al no poder, por su condición psicológica, integrarse en la sociedad general como sujeto útil y trabajar.

Con la llegada de la modernidad todo aquel comportamiento que no pudiese entrar en los esquemas de la nueva razón moderna fue rechazado y expulsado, se optó por el encierro. Foucault muestra como para el siglo XIX, con la llamada reforma psiquiátrica, se pasó del encierro común al tratamiento psicológico de los necesitados, pero no encontramos aquí una verdadera motivación de auxilio y curación de enfermos, sino una nueva forma de gestionar la "inutilidad" de las personas que padecen trastornos mentales. Con el nuevo modo de producción aparecido en la modernidad se hace necesario el uso de una cantidad de mano de obra mucho mayor por lo que el trabajo, por necesidad económica del nuevo modelo productivo, pasó a ser una obligación moral y social de todo el conjunto social, por lo que hay que darles uso a todas esas personas encerradas por diferencia y marginalidad, buscar la forma de ponerles a trabajar. Ya no son tan importantes esas especificidades morales por las que muchos fueron encerrados siempre que puedan servir de engranaje productivo.

Se pasa de un modelo de exclusión, de la diferenciación entre correctos e incorrectos, a un modelo de inclusión encaminado a incluir

como trabajadores asalariados a los grupos sociales marginados. Es así como aparece el trabajo como base de la reinserción en los centros penitenciarios, el trabajo como elemento principal de la normalidad, una vez puedas trabajar podrás salir del lugar de encierro (hospital médico, hospital psiquiátrico, prisión, etc.).

Viendo el origen histórico del encierro de las personas psiquiatrizadas, podemos pasar a entender cómo, a pesar de los avances en la ciencia y el entendimiento del trastorno mental como condición no inutilizable de la persona afectada, sino que puede ser ayudada y normalizada en su situación para poder vivir en sociedad, la falta de recursos por parte del estado para ayudar a este grupo social termina por devolvernos al encierro indiscriminado del siglo XVIII del que nos habla Foucault. El poder social sigue necesitando gestionar y administrar a la población y si no posee las herramientas necesarias para la correcta ayuda a las personas que padecen de trastornos mentales utilizará aquellas de las que sí dispone para manejar a estas personas y hacerlas útiles. Sea la prisión, sea el hospital psiquiátrico, los sujetos psiquiatrizados continúan siendo encerrados para ser controlados y, en la medida de lo posible, gobernados y reinsertados en el conjunto social.

Las personas que se encuentran en esta situación, como defendemos en este informe, necesitan de herramientas de apoyo y acompañamiento concretas que les ayuden a pasar de ser sujetos pasivos y alienados de su propia condición impuesta de forma externa a ser sujetos activos, dueños de sus propias vidas y con capacidad de autogestión.

No basta con ser sujetos funcionales para la sociedad, no han de ser máquinas útiles para el trabajo, sino individuos con capacidad de autonomía y libertad, alejados de las determinaciones y ataduras a las que su condición psiquiátrica los ha llevado.

Como mencionábamos más arriba, siguiendo el trabajo foucaultiano, es importante realizar una arqueología del saber, un desenterramiento de los cimientos y orígenes de las categorías y determinantes sociales y culturales que hoy en día damos por supuestas. Supone un ejercicio de desnaturalización de los fenómenos sociales que deseamos y debemos transformar. Para cambiar o mejorar la situación social de un colectivo es importante entender primero de donde surge, comprender qué momentos sociohistóricos han llevado a estas situaciones. Si comprendemos que todo aquello que observamos en nuestro entorno social tiene un origen concreto seremos capaces de ponerlo en duda, lo cual supone un primer momento en la intención de transformarlo, pues lo que hoy es no siempre ha sido y no tiene porqué seguir siendo así mañana.

Philippe Pinel en asilo de París para "mujeres locas", Cuadro de Robert Fleury (1795).

«Casa de locos» de Francisco Goya 1812-1819

TRIPLE ESTIGMA

"¿Cuando sales de la cárcel te tienen miedo? ¿Ya no eres la misma? ¿La gente te quiere?", se preguntaba una de las chicas del grupo terapéutico de Picassent.

Las personas con patología dual privadas de libertad se enfrentan a un triple estigma: “loca”, "adicta" y “peligrosa”, a lo que hay que sumarle ser una persona con alguna patología física, ser mujer, ser racializada, tener un cuerpo no normativo, ser parte del colectivo lgtbiq+ y un sinfín de posibilidades por las que ser estereotipada y estigmatizada.

El estigma es totalmente transversal. Cuando hablamos de estigma solemos pensar en el momento de salida de prisión y ejercido por "la sociedad", ese constructo del que nunca formamos parte. El estigma aparece al retomar o generar vínculos sociales, buscar empleo, alquilar una vivienda, ir a denunciar como víctima o al ir al médico con tu historial clínico sellado por la institución penitenciaria.

También aparece dentro de prisión, donde todo el mundo conoce tu delito, tu diagnóstico, si has tenido tentativas de suicidio, si consumes y qué consumes e incluso presencian descompensaciones, crisis o conductas desadaptativas. Entre las propias personas internas existe estigma y comentarios como: "este está fatal" o "este está chalao". Es común entre las mujeres, ya que al ser una población minoritaria están todas juntas: las que tienen enfermedad física, las que tienen enfermedad mental, las que han tenido un intento de suicidio, con diferentes condenas y con diferentes delitos cometidos.

Esto sucede también a las personas privadas de libertad en un CIE, quienes son detenidas, en ocasiones, en su actividad diaria (en el trabajo, en el vecindario, etc.). Debido a la opacidad y el secretismo alrededor de los CIE, la población no conoce qué implica ser detenido e internado en un CIE, por lo que son criminalizados sin haber cometido, en muchas ocasiones, ningún delito.

La consecuecia del estigma y el rechazo que genera, es la falta de oportunidades prosociales y la imposibilidad de encauzar la propia vida. Se vuelve a una situación de supervivencia, vulnerabilidad y marginalidad. La reinserción social, que supuestamente es el objetivo de la prisión, se vuelve imposible.

Si no se da una salida acompañada y los apoyos necesarios tanto sociales como institucionales, se incrementan las posibilidades de que la persona rechazada vuelva a delinquir y por tanto, a entrar en prisión: la llamada puerta giratoria.

COMPARATIVA DE OTROS SISTEMAS PENITENCIARIOS

Perspectiva internacional en el ámbito penitenciario pudiendo distinguir claramente dos realidades penitenciarias muy diferentes, la de Estados Unidos y la de Europa, estando España en una posición un poco lejana a la de parte de Europa en cuanto a numerosas variables. Se demuestra que los sistemas más represivos y con mayor uso de fuerza aumentan la delincuencia y por el contrario, los sistemas que utilizan una mayor cantidad de alternativas que permitan la normalización social traen consigo una disminución de la delincuencia.

EEUU
SISTEMA MUY REPRESIVO
655 RECLUSOS POR CADA 100.000 HABITANTES

ESPAÑA
MAYOR PUNITIVIDAD QUE EU
120 RECLUSOS POR CADA 100.000 HABITANTES

NOROESTE DE EUROPA
MENOS PUNITIVOS
50 RECLUSOS POR CADA 100.000 HABITANTES

En EEUU en 2020 había una tasa de 655 reclusos por cada 100.000 habitantes, mientras que en la UE corresponde a 103,2 reclusos por cada 100.000 habitantes. Dentro de Europa, Rusia (356), Georgia (264) y Lituania (220) son los países con mayor tasa de reclusos por cada 100.000 habitantes, España se encuentra algo por debajo de los países anteriores con 120 reclusos por cada 100.000 habitantes, con cifras parecidas a las de Reino Unido y Portugal. Las tasas de encarcelamiento más bajas se encuentran en Islandia (45), Finlandia (50), Países Bajos (59) y Noruega (59).

Los modelos diferentes han de servir para saber hacia dónde hay que dirigirse y dónde no. Mayor punitividad no da resultados, acercar a la persona que comete delitos a la comunidad garantiza la reinserción.

EEUU

En EEUU, solo viendo las estadísticas ya se puede extraer una idea de la problemática que reside allí, y es que la población blanca del país compone el 60%, sin embargo en prisiones representan un 30%, por otro lado, la población afrodescendiente componen el 12% de la población y en prisiones representan el 33%. Este fenómeno racial radica en la diferencia de oportunidades que hay entre blancos y negros, siendo la comunidad afroamericana de la más empobrecida del país. Por otra parte, la legislación penal está diseñada para encarcelar el mayor número de personas, delitos menores como el consumo o posesión de pequeñas cantidades de drogas pueden conllevar condenas de prisión largas. Medio millón de personas están en prisión preventiva, con fianzas impuestas para suliberación que gran parte, sobre todo la población afroamericana, no pueden permitirse.

Tras salir de prisión, en la mayoría de puestos de trabajo piden antecedentes penales, que si posees, ya no tienes acceso a esos puestos, generándose así, con más de 70 millones de personas con antecedentes penales, la puerta giratoria. Esto se suma a que las prisiones son entidades privadas gestionadas por empresas que facturan miles de millones gracias a la encarcelación, además cuanto más precarias las condiciones dentro de las prisiones, más abaratan costes y más beneficio obtienen. Más alarmante aún es la situación de la salud mental, estudios del propio Departamento de Salud afirman que el 5% de la población total estadounidense padecen enfermedad mental grave. En los últimos años la población en prisiones con problemas graves de salud mental en comparación con la de los hospitales se ha ido multiplicando de una forma exagerada, convirtiéndose las prisiones en los psiquiátricos del país.

SISTEMAS EUROPEOS

En la otra cara de la moneda tenemos los sistemas europeos, obviamente con diferencias entre los diferentes países pero destacamos los del centro y noroeste de Europa por sus bajísimas tasas de personas reclusas. Estos sistemas se han centrado en buscar un castigo diferente a la privación de libertad, al contrario que EEUU. En países incluso cierran prisiones ya que han disminuido las condenas y en paralelo disminuyen los delitos cometidos. Estos países se han centrado en la idea de que las prisiones no eran positivas para el sujeto, incluso a pesar de si el delito es grave, ya que éste se aleja de su familia y del ámbito laboral, por lo que han optado por dar tratamientos de índole comunitario. Buscaron ofrecer estos tratamientos alternativos centrados en la rehabilitación ya que gran parte de las personas privadas de libertad sufren algún tipo de trastorno, ya sea mental, de adicciones, carencia de afecto, problemas económicos…En algunos de estos países también se han legalizado ciertas drogas y eso ha provocado un descenso de los delitos contra la salud pública. En Noruega, por ejemplo, han descartado el enfoque punitivo y tienen prisiones que parecen casi utópicas, centradas sobre todo en dar ocupación y formación laboral, además tienen el mismo porcentaje de funcionarios que de prisioneros, y estos funcionarios reciben una formación de 4 años para convertirse en verdaderos guías.

Noruega y Rusia

FRACASO DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

A lo largo de los siglos y en paralelo con el desarrollo de las sociedades, los sistemas punitivos se han ido transformando y buscando la humanización del castigo. En las sociedades siempre existió la necesidad de castigar, eso es innegable, sin embargo en la era de los derechos humanos se alcanzó la idea de que las torturas y los tratos inhumanos y degradantes era algo que indiscutiblemente tenía que dejarse atrás. Surgió entonces la idea de las prisiones con el objetivo de dar un castigo humano, sin embargo se ha demostrado el total fracaso del sistema penitenciario tras décadas de investigaciones. A pesar de esto, la sociedad no contempla un entorno sin cárceles, su principal preocupación es apartar al delincuente lo más lejos posible, sin darse cuenta de que las cárceles realmente ejercen de fábrica de criminales, todas las estadísticas demuestran que los sistemas punitivos más duros generan al mismo tiempo más criminalidad.

Los medios de comunicación en España y sobre todo los programas de noticias diarios prestan una exageradísima atención a la delincuencia, generando una falsa percepción de inseguridad ciudadana, esta preocupación que tiene la sociedad por la criminalidad, la atienden los agentes políticos proponiendo el endurecimiento de las penas y mayor tipificación de conductas como delitos para satisfacer a sus ciudadanos. Esto ha convertido a **España** en **uno de los países de Europa con menos criminalidad pero uno de los países con mayor número de personas privadas de libertad**. Pero, ¿por qué las cárceles generan más delincuentes? Esto está relacionado directamente con la estructura de la cárcel, que aísla a los delincuentes, los reagrupa entre ellos y se basa en un sistema totalitario basado en la fuerza, sin dar oportunidad a la reinserción en la sociedad. Hay que pensar que es casi imposible concebir al hombre de hoy en día sin sociedad, por lo que si a este lo apartamos de esta no será más que un esfuerzo inútil que producirá más marginalidad y por tanto más criminalidad. La mayoría de los ciudadanos no conocen los factores de riesgo criminógenos que una persona jamás ha elegido y que conducen a la criminalidad, nunca naceremos con las mismas oportunidades. Por poner un ejemplo, imaginemos un niño que nace en un barrio conflictivo, sin saber quién es su padre y una madre drogadicta que lo maltrata. Es fácil que esta persona pueda presentar conductas desviadas en algún momento de su vida, la sociedad debería darle el derecho a reinsertarse, no a castigarlo y aislarlo. Si a una persona le enseñas que es un enemigo de la sociedad, esta actuará en contra de ella.

FRACASO DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

Según Durkheim, el calibre de las sanciones de cada país dependerá de la sensibilidad de cada sociedad, ya que el castigo está íntimamente relacionado con la necesidad de venganza de la sociedad en donde el Estado mantiene el orden social graduando ese afán vengativo, ejerciendo el monopolio de la violencia. Por lo que, en sociedades donde tienen una sensibilidad exacerbada, los castigos serán más violentos y físicos. En las sociedades modernas donde la sensibilidad es "más refinada" la forma que han encontrado de castigar a los criminales sin violencia es la prisión. Sin embargo, ninguno de los castigos atiende a una forma no vengativa, es por eso que las cárceles no reinsertan, se ha de buscar la forma de mantener el orden social de una forma que se disuadan los crímenes efectivamente y no se busque únicamente el castigo del "delincuente".

Con esto no queremos expresar que tenga que prevalecer la impunidad ni mucho menos, la solución al problema se basa en **corregir las conductas sin aislar al delincuente**, de esta forma la consecuencia será la reducción de la criminalidad. Las prisiones tienen una alta prevalencia de personas con problemas de salud mental, estas personas necesitan un tratamiento, no un aislamiento. También nos encontramos con la realidad de que para muchos tipos de delitos sería más eficaz una sanción económica que una condena a prisión, como los delitos de guante blanco. **La justicia restaurativa** también es una buena alternativa al sistema actual, esta se basa en un modelo de justicia cuyo objetivo es reparar el daño causado a la víctima y no el castigo en sí. Los "ofensores" deben reparar el daño causado y la víctima participa activamente en el proceso, además también se brinda ayuda a los ofensores para que no vuelvan a incurrir en futuras ofensas, de esta forma el Estado ya no poseería el monopolio de la violencia y de la justicia. En definitiva se deben imponer alternativas a la privación de libertad que se adapten a la situación individualizada de cada sujeto y enfocándose en la rehabilitación del individuo y la reinserción en la sociedad buscando así la humanización de las medidas de forma que se reevalúe y transforme el sistema penitenciario.

ALTERNATIVAS

MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

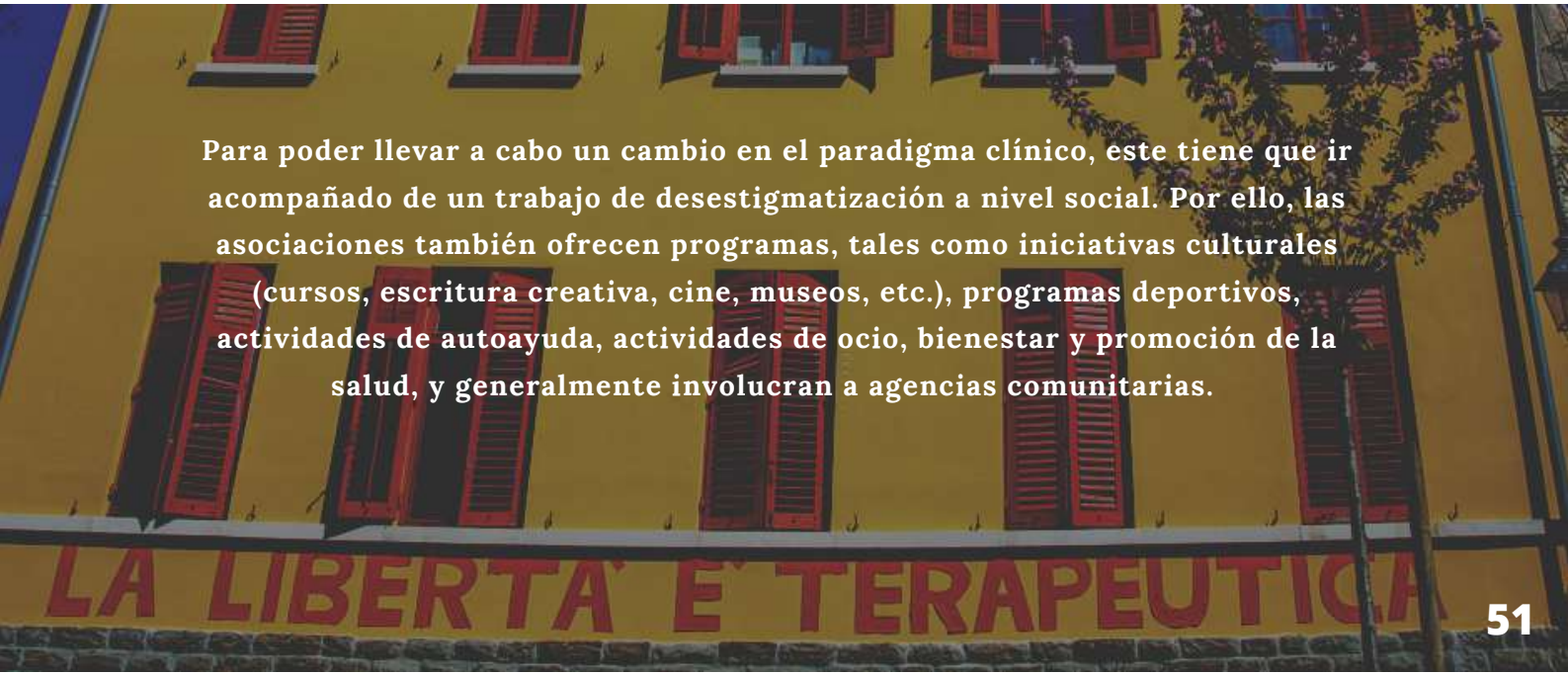
Tomaremos como referente Trieste: "la cuna de la atención comunitaria en salud mental". A partir de la ley 180, de 1978, sobre Investigaciones y Tratamiento Sanitario Voluntario y Obligatorio, conocida como “ley Basaglia”, basada en el respeto de la dignidad de la persona y de sus derechos civiles y políticos garantizados por la Constitución, se van cerrando los 90 manicomios italianos. Trieste, una ciudad de 200.000 habitantes, dispone de apartamentos que cuentan con la presencia constante de un técnico sanitario y 4 centros de salud mental en los que no hay puertas de seguridad que impidan entrar o salir. Tienen asistencia de enfermería las 24 horas y derecho a la libre elección del médico y lugar de su tratamiento.

Las instalaciones cuentan con espacios donde recibir terapia psicológica y formaciones con las que trabajar la inserción social y laboral.

Las crisis agudas o brotes no son controladas mediante contención física, ya que consideran la fuerza como último recurso, al ser esta respuesta traumática y que genera sufrimiento añadido al sufrimiento propio de la crisis. En su lugar, se lleva a cabo una gestión relacional, cuidando que la persona que atienda la crisis tenga vínculo de confianza con la persona o invierta el tiempo necesario en hacerlo, contando para esto con un amplio equipo de profesionales e incluso con el apoyo de familiares o personas de su propia red.

Se presta atención a los factores que han podido desencadenar una crisis y se trabaja por la salud y la vida y no sobre la enfermedad y desde los acuerdos y negociaciones.

Se dispone, además, de camas para ingresos temporales y atención a domicilio cuando el paciente vive en el domicilio familiar.



Para poder llevar a cabo un cambio en el paradigma clínico, este tiene que ir acompañado de un trabajo de desestigmatización a nivel social. Por ello, las asociaciones también ofrecen programas, tales como iniciativas culturales (cursos, escritura creativa, cine, museos, etc.), programas deportivos, actividades de autoayuda, actividades de ocio, bienestar y promoción de la salud, y generalmente involucran a agencias comunitarias.

ALTERNATIVAS

PROGRAMA PUENTE

El programa puente es parte del programa PAIEM, explicado en el punto dedicado a la parte clínica, y funciona para acompañar a la reinserción social de las personas del PAIEM al finalizar su periodo de privación de libertad. El programa puente pretende coordinar y hacer trabajar conjuntamente a las diferentes instituciones y agentes sociales encargados del proceso de rehabilitación de las personas con diagnóstico psiquiátrico sometidas a responsabilidades jurídicas.

El programa se basa en los principios de autonomía, inclusión, igualdad, normalización, trabajo multidisciplinar, coordinación interinstitucional y trabajo en red, todo ellos orientado a la capacitación de las personas con TMG para alcanzar la autonomía y la toma de decisiones propias, es decir, alcanzar la plena emancipación de su situación alienada y poder integrarse en comunidad como un miembro más.

Encontramos cinco fases: inclusión en el programa, acogida y vinculación, evaluación del usuario y elaboración del programa individual de rehabilitación, intervención y salida final, que puede tener lugar por libertad definitiva, por abandono voluntario o por presentar patrones de conducta incompatibles con el programa.

Àmbit participa de forma transversal en todos estos momentos, ejerciendo una figura de mediador entre instituciones penitenciarias, servicios sociales correspondientes, Conselleria de igualdad y políticas inclusivas y la de sanidad.

Cada usuario cuenta con un tutor o figura de referencia, lo cual ayuda a crear un ambiente más humano, cercano e incrementa la seguridad y la autoestima del usuario al tener una persona en contacto directo que le ayude, escuche y acompañe en el proceso.

Esta intervención se enfoca en diferentes aspectos como la atención psicosocial encaminada a la rehabilitación de los usuarios con enfermedad mental y, sobre todo, a la readaptación al entorno social, que es el objetivo final de todo el programa puente y para lo que se llevan a cabo diversas actividades como la actividad deportiva, el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y personales, la rehabilitación afectiva con las propias emociones y su manejo, el apoyo a la familia del usuario y su reconexión con ella y programas de desarrollo laboral para la definitiva reinserción en la sociedad.

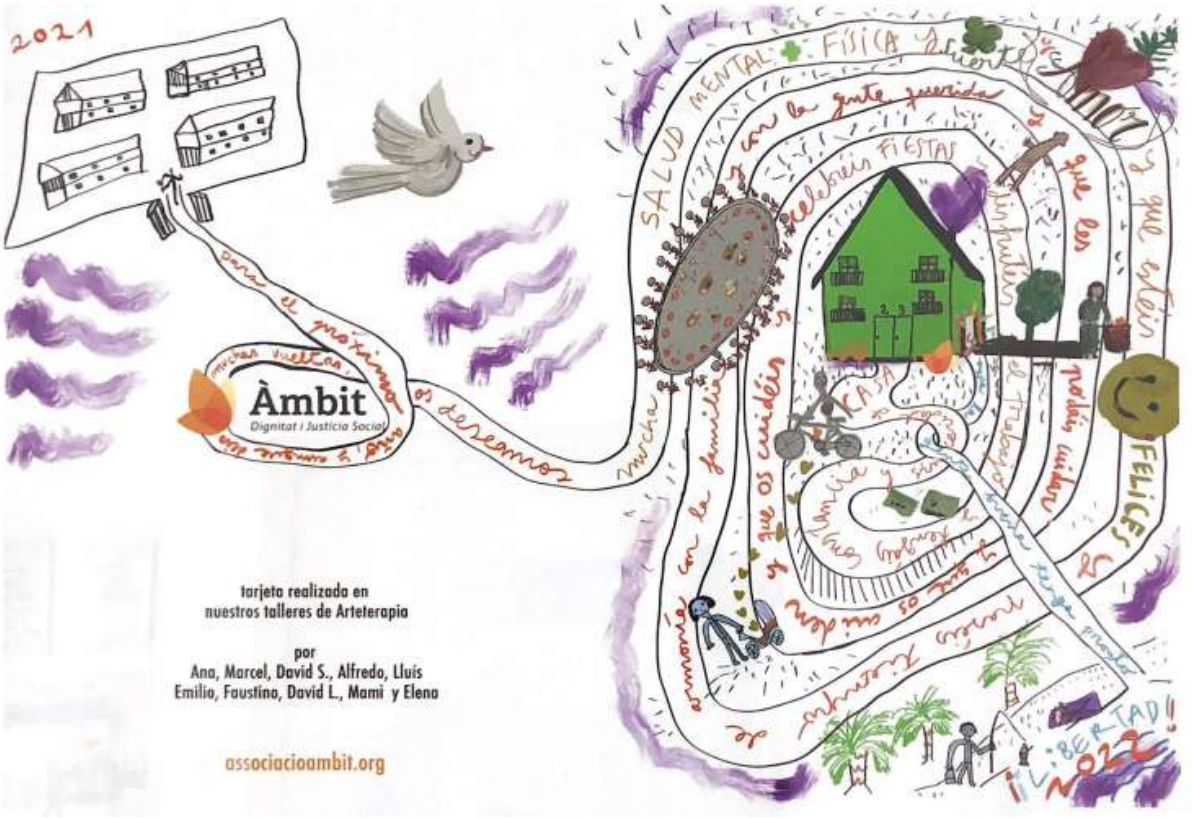
LA RUTA A SEGUIR

Desde Àmbit, como entidad, el primer contacto se establece en prisión, a través de los talleres y grupos desarrollados en enfermería, así como gracias a las entrevistas enfocadas a una salida acompañada por la asociación. Esta salida no se hace de manera brusca sino a través de permisos programados para conocer los recursos, gestionar trámites burocráticos, ir adaptándose al futuro entorno e ir retomando redes sociales en caso de que se mantengan las mismas.

Àmbit cuenta con dos viviendas tuteladas, una de ellas exclusiva para mujeres, una vivienda de promoción de la autonomía, un albergue y un programa de nuevos itinerarios para personas que viven en 17 pisos de alquiler, pero siguen requiriendo un acompañamiento. Los recursos trabajan de forma multidisciplinar, contando con 5,7 profesionales por vivienda, con un máximo de 6 personas usuarias en las mismas, coordinación terapéutica, talleres terapéuticos, atención psicológica individualizada, programa cultural de inclusión e itinerarios sociolaborales.

El acompañamiento de las personas usuarias del programa va dirigido a la autonomía personal y la participación social. Para ello, se trabaja desde las actividades de la vida diaria, la higiene y el autocuidado, la administración autónoma de medicación, la generación de vínculos sanos, la dotación de toda la información requerida para comprender su situación, así como, oferta de cursos formativos enfocados a la búsqueda de empleo, aquellos que puedan por su situación social, trabajar, la oferta de ocio saludable, actividades deportivas, actividades terapéuticas, etc.

Respecto a la atención clínica, esta se da mediante la red de salud mental del marítimo, donde se encuentra también la UCA del grao y diversas asociaciones del entorno comunitario, entre las que se encuentra Àmbit. Existe un contacto constante entre los diferentes agentes implicados en lo referente a la salud mental de las personas usuarias.



ALTERNATIVAS

A LOS CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS

La entrada en un CIE supone una medida de carácter excepcional, debiendo aplicarse, por tanto, únicamente cuando concurran los motivos necesarios para que esta se dé. Insistiendo en esta cuestión, la International Detention Coalition ha propuesto un modelo de evaluación para reducir las detenciones innecesarias:

1) presumir que la privación de libertad no es necesaria
2) examinar y evaluar cada caso
3) evaluar el entorno comunitario así como aplicar condiciones en la comunidad si es necesario
4) recurrir a la privación de libertad únicamente como último recurso y en casos excepcionales

Teniendo en cuenta el carácter excepcional de la medida de internamiento en un CIE, en el art. 61 de la LOEx, se recogen una serie de medidas cautelares que deberían ser de preferente aplicación a la privación de libertad, como son la presentación periódica ante las autoridades, la residencia obligatoria en un determinado lugar o retirada del pasaporte.

Pese a que estas medidas son preferibles, tanto la comparecencia periódica como la retirada del pasaporte no se están llevando correctamente a la práctica, ya que no se informa a la persona detenida de que esta medida supone, automáticamente, el inicio de un procedimiento de ejecución de la expulsión y, estas acaban resultando expulsiones exprés en setenta y dos horas desde comisaría, en vuelos colectivos y sin garantías ni posibilidades de defensa.

De hecho, se han dado casos en los que la policía incluso va a buscar a la persona a su domicilio y le traslada con engaños a comisaría. Además, en el Informe anual 2017 del Defensor del Pueblo, en el marco de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes (MNPT), se propone la aplicación de otras medidas alternativas al internamiento como fianzas o avales de carácter económico, prestadas por la propia persona o por terceras personas físicas o jurídicas, el retorno voluntario, el ingreso en dispositivos residenciales tutelados o el control electrónico a través de brazaletes geolocalizadores. Asimismo, en la recomendación (UE) 2017/2338 de la Comisión, del 16 de noviembre de 2017, también se incluyen alternativas al internamiento como las restricciones de la residencia, las viviendas abiertas para familias, la asistencia de un trabajador social, la presentación periódica ante las autoridades, la entrega de documentos de identidad o de viaje, las fianzas o el control electrónico.

Como mejoras a los CIE podrían enumerarse infinitas, pero de forma general, tres cuestiones que se han de tener en cuenta son (a) la necesidad de aumentar la vigilancia judicial, (b) facilitar la labor de organizaciones sociales y la asesoría jurídica, y (c) reconocer el acceso inmediato e incondicional de las autoridades parlamentarias y judiciales como una garantía total y efectiva de las condiciones en los CIE.

No obstante la postura de nuestra organización es la derogación y cierre de todos los CIE, porque ningún ser humano es ilegal y puede ser retenido por falta de documentación administrativa.

RECOMENDACIONES

01

PRIORIDAD POLÍTICA Y PARTIDAS PRESUPUESTARIAS

La falta tanto de prioridad política como de partidas presupuestarias destinadas a salud mental, impiden la correcta atención de las personas con diagnóstico psiquiátrico, y, por tanto, estas se ven en espacios no especializados y sin recursos para su atención, como son las prisiones.

02

TRABAJO EN RED

Según el modelo comunitario, los servicios se deben organizar teniendo en cuenta características epidemiológicas y sociológicas de un territorio, de manera que se garantice la universalidad, la equidad y la accesibilidad de las prestaciones, desde la prevención y promoción de la salud, hasta la rehabilitación mediante un trabajo en red de profesionales de diferentes ámbitos, sanitarios y no sanitarios, institucionales o no, así como usuarios/as, pacientes y familiares.

03

ASUNCIÓN DE COMPETENCIAS DE SALUD PENITENCIARIA Y QUE SE INCLUYA EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

La Ley 16/2003 del 28 de mayo establece que, según los principios constitucionales de igualdad y calidad, los cuidados de salud en las prisiones dependerán del mismo sistema del que dependen los del resto de la población: el Sistema Nacional de Salud y que además las competencias del sistema de salud penitenciario serán transferidas a las Comunidades Autónomas para la integración de estos servicios en los autonómicos de salud.

04

EQUIPO SALUD MENTAL PROVINCIAL

Formación de un equipo de salud mental en cada provincia de la Comunidad Valenciana, formado al menos por una persona especialista en psiquiatría, otra en psicología clínica y una enfermería especializada en salud mental que esté integrado en los servicios de salud mental pero cuya principal función sea atender a la población privada de libertad y hacer funciones de enlace con la red de salud mental cuando esta sale en libertad.

RECOMENDACIONES

05

UCA PROVINCIAL

Crear una Unidad de Conductas Adictivas (UCA) en cada provincia que trabaje en coordinación con el equipo de salud mental específico de prisiones, para abordar los numerosos casos de patología dual que se dan entre las personas que se encuentran privadas de libertad.

06

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SALUD MENTAL

La inversión en salud mental ha de empezar por la prevención: la detección temprana, el seguimiento médico y la implantación de recursos especializados para el colectivo, siguiendo el modelo comunitario gestionado en microáreas.

07

MODELO COMUNITARIO

Seguir la tendencia de las estrategias europeas en materia de salud mental y empezar a crear pequeñas unidades de salud mental profesionalizadas con un equipo multidisciplinar y que permitan ofrecer una atención personalizada y específica, así como equipadas adecuadamente para cubrir todas las necesidades de las personas usuarias, además de permitir mantener el arraigo con el entorno social de la persona y sus redes sociales. En definitiva, poner el foco en el objetivo real: la reinserción en el propio entorno.

08

ATENCIÓN ADECUADA DENTRO DE PRISIÓN

Asumiendo el fallo en la prevención y encontrándonos con que son numerosas las personas con problemas de salud mental y trastorno mental grave se encuentran en prisión, se ha de asegurar la correcta atención a las mismas en estos centros. Esta correcta atención se basa en atender las necesidades y características específicas de la población privada de libertad, como son, entre otros, los numerosos casos de personas con ideación suicida o los casos de mujeres víctimas de violencias machistas.

RECOMENDACIONES

09

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Uno de los puntos clave para llevar a cabo la propuesta anterior, es dotar a los centros penitenciarios de un equipo multidisciplinar y una enfermería especializada en salud mental y unos espacios donde las personas con TMG tengan sus necesidades cubiertas, no en y no en módulos diseñados para ser “de paso”, como es el caso de la enfermería en Picassent.

10

CEEM PARA PERSONAS INIMPUTABLES / CENTROS PARA TODOS LOS PERFILES

En numerosas ocasiones, personas inimputables se encuentran cumpliendo condena en un centro penitenciario por falta de otros recursos disponibles y adecuados. Se ha de invertir en recursos alternativos a la prisión especializados y que puedan dar alcance a los diferentes perfiles.

11

GESTIÓN DE CASOS

Crear un departamento de gestión de casos en el que participen todos los agentes implicados: judicatura, Conselleria de Sanidad, Conselleria de igualdad y políticas inclusivas, tercer sector, Servicios Sociales locales.

12

CIES NO

Estos centros son desproporcionados, inútiles, caros y vulneran los derechos humanos. Este trabajo refuerza lo que ya vienen exigiendo aquellas personas que defienden los derechos humanos: el cierre definitivo de los CIE ya que no hay reforma posible que pueda justificar privar de libertad a una persona que no ha cometido delitos.

CONCLUSIONES

Destacamos la necesidad de que prime la condición de personas de todas aquellas que presentan un diagnóstico psiquiátrico y que se encuentran judicializadas.

Los derechos humanos son universales y el colectivo mencionado tiene unas necesidades que deben ser cubiertas. Se han de poner en marcha urgentemente alternativas terapéuticas a los tratamientos punitivos, ya que vulneran los derechos humanos y resultan inútiles, ya que no se consigue una reinserción real en la sociedad, sino más bien una entrada a una puerta giratoria alejada de la atención sanitaria.

La reinserción es posible y existen alternativas que hacen que la vida de las personas sea digna y alejada del sufrimiento que el contacto con el sistema judicial genera. Para ello se han de implicar todos los agentes sociales.

La falta de recursos sanitarios en las prisiones y los CIE es alarmante y vergonzosa y gran parte de la población general es desconocedora de ello, por lo que es necesaria la divulgación y poner las vidas en el centro.

Es imprescindible, para que se den cambios reales, que las fuerzas políticas lleven a cabo acciones, empezando por la transferencia de competencias en materia de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas y destinando recursos para que, ya que parece que está muy lejos que las personas con diagnóstico psiquiátrico estén en recursos que requieren, el hecho de estar en prisión no suponga la ausencia de atención sanitaria.

El lugar de las personas con patología dual no es la prisión. Sin embargo, hasta que no se implanten los recursos comunitarios adecuados, deben garantizarse sus derechos y el acceso a una correcta y completa atención terapéutica

ACTUALIDAD

La Generalitat ha presentado el Plan Valenciano de Acción para la Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas, desde el Observatorio no hemos tenido acceso al documento, si bien es cierto que en la presentación del Plan el día 12 de diciembre de 2022, se hizo mención a los Centros Penitenciarios pero no se concretó acción alguna.

La Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas ha presentado la creación De CEEM Mini residencias para personas judicializadas con problemas graves de salud mental y diversidad funcional al borrador de decreto de recursos de la Generalitat Valenciana.

Pendiente de la petición de las transferencias penitenciarias penitenciarias por parte de Presidencia de la Generalitat y la Conselleria de Sanidad tal como solicitan las PNL de las "Corts Valencianes en 2022".

BIBLIOGRAFÍA

Botero-Ceballos LE, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. Depresión en personas recluidas en centros penitenciarios: revisión narrativa. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2019; 21 (1):23-33

Adorno, T., & Horkheimer, M. (2013). Dialéctica de la Ilustración. Madrid: AKAL.

Butler, J. (2007). El Género en Disputa. Madrid: Paidos Ibérica.

Espí, J. G.-B. (2003). El impacto carcelario. Sistema penal y problemas sociales, 396-425.

Espí, J. G.-B. (2015). La cárcel dispar. Indagando la evolución de los telos penitenciarios. Revista Crítica. Penal y Poder, 145-171.

Foucault, M. (1986). Vigilar y Castigar. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (1991). Historia de la Locura en la Época Clásica. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Jervis, G. (1979). El Mito de la Antipsiquiatría. Barcelona: Pequeña Biblioteca.

Martín, J. P., & Bernal, A. O. (2009). Historia de la Locura en la época clásica y Movimiento

Antipsiquiátrico. Revista de Historia de la Psicología, 293-299.

Szasz, T. (2005). La Fabricación de la Locura. Barc

Silvia M.ª Rosales Pedrero. Garantía de los derechos fundamentales durante el cumplimiento y la ejecución de la pena de prisión.

Jose Pablo Sancha Diez. Derechos Fundamentales de los reclusos, Tesis Doctoral, 2017.

Ignacio Campoy Cervera. Los Derechos de los reclusos y la realidad de las cárceles españolas: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas. Dykinson, 2010.

Montserrat López Melero, Los derechos Fundamentales de los Presos y su Reinserción Social, 2011.

¿Un derecho fundamental a la reinserción social? Reflexiones acerca del art. 25.2 de la CE. Mónica Zapico Barbeito Becaria FPU-Derecho Penal. Universidade da Coruña.

Barrios Flores, L.F. (2000) Un siglo de psiquiatría penitenciaria. Revista Española de Sanidad Penitenciaria Vol.2, No 1, 2000. Disponible en: Un siglo de psiquiatría penitenciaria | Barrios Flores | Revista Española de Sanidad Penitenciaria (sanipe.es)

Diccionario panhispánico del español jurídico. Disponible en https://dpej.rae.es/lema/delito

Fernández, H. (2021) Dos psiquiatras para 300 reclusos: la situación límite del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. El Español. Disponible en: Dos psiquiatras para 300 reclusos: la situación 'límite' del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (elespanol.com)

Joshi Jubert, U. (1989) Algunas consecuencias que la inimputabilidad puede tener para la antijuricidad. Anuario de derecho penal y ciencias penales. Fascículo 1. pp. 125-140. Ref.: ANU-P-1989-10012500140.

Ramajo, J. (2020) Sucio, sin personal suficiente y con “muy prolongadas” contenciones mecánicas: así se encuentra el centronacional de reclusión de salud mental en Sevilla. El Diario. Disponible en: Sucio, sin personal suficiente y con "muy prolongadas" contenciones mecánicas: así se encuentra el centro nacional de reclusión de salud mental de Sevilla (eldiario.es)

Red jurídica Cooperativa (2019) ¿Cuáles son los grados de clasificación penitenciaria?

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Gobierno de España (2022) Establecimientos penitenciarios. Disponible en: Establecimientos penitenciarios - Instituciones Penitenciarias (institucionpenitenciaria.es)

Vicente Herrero, M.T., Terradillos García, M.J., Aguado Benedí, M.J., Capdevilla García, L., Ramírez Iñiguez de la Torre, M.V., Agular Jiménez, E. (2016) Incapacidad y discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. Disponible en: http://www.aeemt.com/ (consultado en 2022)

Zabala Baños, C. (2016) Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Premio Nacional Victoria Kent. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Consejo General del Poder Judicial España. (2021) Estadística penitenciaria - Año 2021.

Fundación del Secretariado Gitano (2022) Situación de la población gitana. Disponible en: Situación de la población gitana - Fundación Secretariado Gitano (gitanos.org)

Albero, M., Pastor, B., y Cervera, S. (2006). Del manicomio a la rehabilitación. Vol 3,

Aldana, A.I. (2017). Trabajo social, salud mental y prisión. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Jaén]

Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.

Balanza, P. (2008). Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España. Norte de Salud Mental 31, 52–56.

Cabrera, C. P. (2002). Cárcel y exclusión. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, ISSN 1137-5868, Nº 35, 83-120.

Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Públic, 85 (5) 427-436. ISSN 2173-9110.

Tárraga, M. D. (2010). Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (I). Revista De Derecho de la UNED (RDUNED), (6).

Aguado, G. Cases, G. Gironés, L. Zarco, O. Usaola, P. y Trincado, R. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. Norte de salud mental, 45 (11), 23-32.

Vilas-Riotorto, V.. (2021). Derechos humanos, salud mental y fracaso de la reforma psiquiátrica. InfoLibre.

Expósito, L. (2021). Salud mental y delito: el doble estigma. Análisis crítico desde la criminología. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas].

Llopis, J. Castillo, A. Rebollida, M. Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. Salud y drogas, 2 (5), 137-157.

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social, 23, 253-263.

De Miguel, C.. (2015). Relaciones amorosas de las mujeres encarceladas. Universidad del País Vasco= Euskal Herriko Unibertsitatea.

Molina, A. (2020). Violencia de género y adicciones en las mujeres. Valencia. Cendoc Bogani.

Informe CIE 2021. Territorio hostil: formas diversas de hostilidad en los CIE. Servicio Jesuita a Migrantes.

Mujeres en los centros de internamiento de extranjeros (CIE): realidades entre rejas. Women’s Link Worldwide, 2012.

Informe de la Plataforma CIES NO: ”Sin derecho a tener derechos” 2020.

BARBERO, I. (2017). El acceso a los Centros de Internamiento para Extranjeros como control y garantía de derechos. Derechos y libertades, N.º 37, 233-256.

Botero-Ceballos LE, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. Depresión en personas recluidas en centros penitenciarios: revisión narrativa. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2019; 21 (1):23-33.

6.308 personas presas en la CV
90,8% hombres 9,2% mujeres

Odsp

OBSERVATORIO
DDHH, SALUD Y
PRISIÓN

organiza:

Àmbit
Dignitat i Justícia Social

participa

DERECHOS HUMANOS
PAZ Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Instituto de Derechos Humanos
Universidad de Valencia

sjm SERVICIO JESUITA A MIGRANTES Valencia

AIEN

Fuster Blay
Abogada

icav
Ilustre Colegio de Abogados de Valencia

COEP CV

GENERALITAT VALENCIANA