

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Documento de Consenso de
las Comisiones de Análisis
de Casos de Personas con
Enfermedad Mental sometidas
a Penas y Medidas de Seguridad

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Documento de Consenso de
las Comisiones de Análisis
de Casos de Personas con
Enfermedad Mental sometidas
a Penas y Medidas de Seguridad

Grupos de Trabajo:

**COMISIÓN DE TRANSVERSALIDAD
DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL
DEL MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD**

SUBCOMISIÓN PENITENCIARIA
Secretaría General de IIPP

Diciembre 2012

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-14-159-9

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Documento de Consenso de
las Comisiones de Análisis
de Casos de Personas con
Enfermedad Mental sometidas
a Penas y Medidas de Seguridad



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

1.	Introducción	7
2.	Objetivos de las Comisiones de Análisis de Casos	9
3.	Metodología para el Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos	11
4.	Resultados del Consenso	13
5.	Principales problemas y recomendaciones por orden de importancia	15
6.	Modificaciones en las respectivas administraciones y agencias sociales que el grupo de expertos considera que deben hacerse para cumplir as recomendaciones	29
	Anexo I. Relacion de expertos que han intervenido en el seminario de consenso presencial	39
	Anexo II. Estudio epidemiologico	43

1. Introducción

La Coordinación de Sanidad Penitenciaria, dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, ha convocado una serie de grupos de trabajo para desarrollar distintas tareas impulsadas por la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), referidas a las personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Las conclusiones de estos grupos se han aportado para completar las obtenidas por el grupo de Transversalidad constituido por la Estrategia. Los grupos convocados por IIPP se crearon y funcionaron de forma independiente y sus resultados se han centrado en aspectos exclusivamente penitenciarios por lo que, aunque en este documento se habla de una subcomisión del grupo de transversalidad, esta afirmación se refiere más a la contextualización de los resultados aportados, que a la dependencia metodológica o funcional que los grupos han tenido respecto del de Transversalidad. El objetivo principal de los grupos de trabajo impulsados por IIPP, era aportar propuestas para resolver dos puntos críticos declarados por la Estrategia el 11 de diciembre de 2006 respecto de la atención comunitaria de los trastornos mentales:

1. *La atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas reclusas en los centros penitenciarios y las personas “sin techo”, requiere ser ampliamente reconsiderada para garantizar la “equivalencia de cuidados”, es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, en extensión y calidad, equivalente a la población general.*
2. *No está resuelto la forma de acceso a tratamiento y cuidados en la red normalizada de Salud Mental de pacientes psiquiátricos sometidos a medidas de seguridad impuestas por los juzgados penales.*

Por otra parte, en los objetivos y recomendaciones dirigidas a la mejora de la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los trastornos mentales, de la propia Agencia de Calidad del MSSSI, cabe destacar el objetivo específico 4.10., en el que se indica que “*El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, junto con las CCAA, un modelo de colaboración con los órganos judiciales e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención a las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población*”.

En ese mismo documento, en los objetivos referidos a la coordinación intrainstitucional e interinstitucional, el número 6 promueve “*la cooperación*”

y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental” y recomienda “diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Instituciones Penitenciarias y centros de acogida y residenciales”.

Cronológicamente el primer grupo de trabajo (en adelante Comisión de Análisis de Casos ó CAC) fue la de Madrid, (Enero 2009), le siguieron Euskadi y Aragón durante el primer trimestre de ese mismo año. En Junio se constituyó la Comisión de Andalucía, en Marzo de 2010 la de Castilla la Mancha y finalmente, en abril de ese mismo año la de Baleares.

Todas ellas tienen una composición similar, profesionales interesados en el manejo de este tipo de personas con enfermedad mental en cada comunidad, que de manera voluntarista se han prestado a integrarse en esta comisión, cuyo funcionamiento es equiparable al de un grupo de trabajo con la siguiente distribución:

- Una parte judicial: Dependiendo de las comisiones, se han integrado jueces de vigilancia, fiscales, magistrados o médicos forenses.
- Una parte Socio-Sanitaria: Con responsables de los servicios asistenciales del área de la salud mental y del área de los servicios sociales dedicados al cuidado de las personas con enfermedad mental.
- Una parte de Usuarios y Familiares: Con representantes de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental de cada comunidad, pertenecientes a la Confederación Española de Familias y personas con enfermedad mental (FEAFES)
- Una parte de Instituciones Penitenciarias: Con responsables de la asistencia sanitaria a estas personas con enfermedad mental en los dispositivos penitenciarios apropiados, y en especial en los Psiquiátricos Penitenciarios.

Estas comisiones se han considerado abiertas a la presencia de cuantos profesionales se han interesado por el tema y tenían aportaciones, que eran interesantes a juicio de los miembros permanentes de las comisiones, pudiendo acudir a sus reuniones para exponerlas.

Los seis grupos han venido trabajando de manera independiente en cada una de las Comunidades Autónomas reuniéndose de forma regular, aproximadamente cada tres meses.

2. Objetivos de las Comisiones de Análisis de Casos

Su objetivo principal es: Analizar la atención sanitaria y social de personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual que cometen un delito y entran en el sistema penal, siendo condenadas a medidas penales, o a medidas penitenciarias alternativas (MPA) al encarcelamiento.

Se han estudiado las personas con enfermedad mental que estaban sometidas a medidas de seguridad privativas de libertad, e ingresados en el Hospital Psiquiátrico dependiente de IIPP, de cada una de las CCAA donde existía una CAC, entre el 15 de marzo de 2009 y el 15 de marzo de 2011. De todas estas personas con enfermedad mental se ha obtenido un registro personalizado, analizándose sus circunstancias clínicas, judiciales, sociales y penitenciarias. Este estudio epidemiológico ha permitido trazar un perfil de este tipo de personas con enfermedad mental que se describe en el anexo de este informe.

Como Objetivos secundarios, las CAC tenían planteados los siguientes:

1. Analizar la carrera socio-sanitaria de la persona con enfermedad mental que delinque.
2. Mejorar la información de los órganos judiciales sobre los casos concretos analizados.
3. Mejorar la información de los servicios socio-sanitarios sobre esos mismos casos.
4. Aportar el punto de vista del usuario a través de la visión de la Federación de Familiares de Personas con enfermedad mental para entender mejor las necesidades, dificultades de acceso a los servicios y experiencias vividas, que ayuden a la mejora de las medidas adoptadas para su tratamiento.
5. Informar de la evolución de estos casos a todas las partes de la comisión en el transcurso de la medida judicial adoptada.
6. Controlar desde el punto de vista técnico el cumplimiento adecuado de las medidas judiciales.
7. Identificar las variables, clínicas, socio-sanitarias y criminológicas que explican estos casos.
8. Mejorar la coordinación entre las administraciones competentes en el control y seguimiento de los casos (judicial, socio-sanitaria y penitenciaria).
9. Planificar a medio y largo plazo las medidas preventivas que actúan sobre las variables explicativas de estas situaciones.

A lo largo del trabajo de las CAC, se han recopilado una serie de reflexiones consensuadas entre los miembros de cada comisión, respecto a la asistencia de las personas con enfermedad mental sometidas a medidas de seguridad que, entre otras, han sido las siguientes:

- No se han aportado datos que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la comunidad, al actuar primando la derivación de enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos más asistenciales frente a otros de mayor control.
- Una adecuada derivación reduce la reincidencia.
- Una adecuada derivación ahorra costes sociales y económicos.
- Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones.

Sin embargo, parecía necesario llegar a una puesta en común y a un posterior consenso de todas estas reflexiones, para poder concretarlas en *Oportunidades de Mejora* y en *Recomendaciones* para avanzar en la solución a los problemas planteados. También se consideró interesante que, tanto los problemas detectados como las recomendaciones para su solución, se pudieran priorizar en un documento de consenso entre todos los expertos que han intervenido en las reuniones de todas las CAC a lo largo de estos dos años.

3. Metodología para el Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos

En Junio de 2011, se envió un documento con todas las oportunidades de mejora y recomendaciones asociadas planteadas por parte de cada CAC, a todos los expertos que formaban parte de las seis CAC en las diferentes CCAA (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla la Mancha, Euskadi, Madrid). Se pidió a todos los profesionales, un total de 36, que aparecen listados en un anexo de este documento, que hicieran sus aportaciones a las mismas y que las priorizaran.

Se recibieron 22 respuestas al cuestionario, lo que supone más de dos tercios de los expertos encuestados. Con los cuestionarios recibidos se confeccionaron unas tablas con las Oportunidades de Mejora y Recomendaciones más valoradas. Esta información se ha organizado para su análisis en cuatro grupos, dividiendo tanto los problemas como sus posibles soluciones, según el momento procesal en el que las personas con enfermedad mental se encuentran dentro de su relación con la Administración de Justicia:

1. Momento que va desde la situación de riesgo de cometer un delito o una vez ya cometido el delito, hasta que se dicta la sentencia. (Etapa Presentencial).
2. Momento en el que las personas con enfermedad mental son condenadas con sentencia firme a una Medida de Seguridad privativa o no privativa de libertad. (Etapa de condena a Medida de Seguridad).
3. Momento en el que las personas con enfermedad mental son condenadas a una sentencia firme de pena privativa de libertad. (Etapa de condena a Pena).
4. Momento en el que las personas con enfermedad mental se encuentra a pocos meses o semanas de terminar su relación con la justicia y debe prepararse para su reinserción social. (Etapa de Reinserción).

El 10 de Noviembre de 2011, todos los expertos que formaron parte de las seis CAC, fueron convocados a una reunión presencial para consensuar las Oportunidades de Mejora y Recomendaciones, ya priorizadas en los cuestionarios que se habían recibido semanas antes.

La reunión se realizó utilizando tres dinámicas diferentes:

- a. Discusión de las oportunidades de mejora y recomendaciones en grupos multidisciplinarios, y priorización de las mismas, dividiéndolas según los cuatro momentos procesales antes descritos. Para ello se formaron cuatro grupos con expertos de todas las administraciones y agentes sociales implicados en el manejo de estas personas con enfermedad mental, un grupo por cada momento procesal: presentencial, de medida de seguridad, de pena y de reinserción.
- b. Discusión de todas las oportunidades y recomendaciones en reunión plenaria de todos los expertos, con objeto de hacer una puesta en común y un debate abierto de todas las propuestas.
- c. Discusión, en grupos unidisciplinarios, sobre cómo cada administración o agente social, con alguna responsabilidad sobre el manejo de estas personas con enfermedad mental, puede desarrollar en forma de actuaciones concretas, todas las recomendaciones que el grupo de expertos ha elegido como solución a los problemas más prioritarios.

El grupo de profesionales que componía cada CAC contó con las aportaciones de los expertos que vienen recogidos en el anexo de este documento, y que fueron invitados a este seminario para reforzar los diferentes puntos de vista en distintos campos.

4. Resultados del Consenso

Los resultados pueden clasificarse en tres grupos de datos:

1. Oportunidades de mejora priorizadas.
2. Recomendaciones priorizadas para aportar soluciones a esas oportunidades de mejora.
3. Opiniones del grupo sobre la forma de concretar las recomendaciones consensuadas en cada una de las administraciones y agentes sociales implicados.

Las oportunidades de mejora y recomendaciones se obtuvieron después de las reuniones multidisciplinarias, tanto las separadas por momentos procesales, como la que tuvo lugar de manera plenaria.

La opinión de los expertos de las diferentes CAC agrupados por administraciones, consensuaron una serie de recomendaciones, a poner en marcha por sus respectivas administraciones y agencias, para concretar el desarrollo de las recomendaciones.

5. Principales problemas y recomendaciones por orden de importancia

5.1. Etapa anterior a la sentencia

Problema

1. No existen garantías de que una persona con trastorno mental, al entrar en contacto con el sistema judicial, sea identificada como tal, por lo que no recibe la asistencia debida (jurídica y sanitaria).

Recomendaciones

- a. Tanto el sistema judicial como el de salud mental, deben tomar como prioridad la coordinación entre ambos para atender este tipo de problemas.
- b. Sensibilizar y formar profesionales de la policía y de la justicia.
- c. Garantizar las buenas prácticas de la Clínica Médico-Forense en Salud Mental, con regulación normativa.
- d. Creación, por parte de un órgano colegiado, de los protocolos adecuados capaces de coordinar de manera ágil y efectiva a las administraciones involucradas en el manejo de este tipo de personas con enfermedad mental.

Problema

2. Hay **escasez de recursos** socio-sanitarios para personas con enfermedad mental que necesitan mayor atención en el contexto comunitario (personas con enfermedad mental con escaso control ambulatorio, nula o baja conciencia de enfermedad, escasa o nula red social, bajo nivel económico y necesidad de servicios asistenciales muy especializados).

Recomendaciones

- a. Crear Programas Individualizados que desarrollen intervenciones adecuadas para la atención de personas con trastorno mental grave en la

comunidad, garantizando la accesibilidad de aquellos que tienen especiales dificultades.

- b. Analizar las necesidades de recursos para planificar su desarrollo.
- c. Publicar un mapa de recursos disponibles en las diferentes administraciones y entidades sociales.
- d. Realizar una especial valoración y seguimiento de la incidencia que está teniendo, en la población con trastorno mental, la normativa sobre juicios rápidos y medidas cautelares.

Problema

- 3. Hay una falta de mecanismos de detección temprana y de evaluación del riesgo, antes de que personas con enfermedad mental entre en contacto con el sistema judicial.

Recomendación

- a. **Dotar de recursos adecuados** a los servicios de salud mental y servicios sociales para atender a la población con trastorno mental grave, con antecedentes de conducta delictiva, y escaso seguimiento de los tratamientos, tomando como referencia modelos de tratamiento comunitario.

Comentarios

Durante el debate se puso de manifiesto la necesidad de coordinar los servicios públicos implicados en la asistencia de las personas con enfermedad mental en situación de riesgo de comportamiento delictivo. La existencia de un grupo de trabajo estable con responsables de todas las administraciones y agentes sociales implicados, con representantes de la administración judicial, de los servicios sociales, de los servicios de salud mental de las CCAA, de la administración penitenciaria y de las asociaciones de usuarios, permitiría que se pudieran consensuar protocolos de detección temprana, de derivación rápida y de evaluación continuada de este tipo de enfermos. La importante estigmatización social que estos enfermos sufren, se vería disminuida con la formación continuada de los responsables públicos encargados del manejo de estas situaciones, tanto en el ámbito de la seguridad, como en el campo asistencial y judicial. El perfil de los enfermos en mayor riesgo es, frecuentemente, el de personas sin conciencia clara de enfermedad, con un proceso cronicado, muchas veces múltiple,

que sufre etapas de agravación, quizá por entrar en contacto con drogas, con una escasa red social y familiar y que ha precisado ingresos previos en hospital, acaso con antecedentes judiciales por incidentes menores. Se trata de situaciones complejas, que acumulan diferentes necesidades socio-asistenciales, cuya solución depende de factores interrelacionados. Es muy difícil, por ello, encontrar un recurso capaz de resolver todas estas necesidades de manera simultánea. Las administraciones públicas, que normalmente abordan estos casos de modo aislado, sin compartir información sobre ellos, son incapaces de disponer de todos los recursos necesarios, y mucho menos de ir alternándolos en función del curso que tome la enfermedad, a veces más aguda, otras más estable, o de los avatares judiciales que estas personas con enfermedad mental suelen tener que afrontar en algún momento en la evolución de su proceso mental.

Tal vez habría más oportunidades de llegar a un correcto tratamiento de estas complejas situaciones, si se abordara cada caso, de manera individualizada, desde una óptica multifactorial, poniendo a su disposición todos los recursos dependientes de las diferentes administraciones y agentes sociales.

Especial importancia tiene la detección temprana de estas personas; hasta ahora, los modelos asistenciales comunitarios que más éxito han tenido con estos enfermos son los que permiten las búsquedas activas, saliendo de los consultorios y acudiendo a los propios domicilios de los pacientes si es preciso.

En los casos en los que el perfil es el antes descrito y hay además antecedentes de delitos menores, cuando ya se han puesto en práctica todos los medios asertivos disponibles en la comunidad, puede llegar a estar indicada en situaciones excepcionales, la actuación de equipos multidisciplinares con una estrecha coordinación con el juzgado del que depende el caso. Es importante para el enjuiciamiento, la colaboración de la familia de la persona que se ve implicada en un hecho delictivo y que padece una enfermedad mental. Sería conveniente que la propia familia hiciera llegar al abogado o al fiscal, la información médica que tuviera en su poder, para que el tribunal pudiera tener acceso a toda esa información y evitar que la enfermedad mental pase inadvertida. Esta colaboración es esencial en los casos de los llamados “juicios rápidos”.

En definitiva las recomendaciones aportadas por los expertos buscan:

- La mejora del conocimiento y la sensibilización en la comunidad sobre este problema
- La mejora en la continuidad y el acceso a los servicios asistenciales de estos enfermos
- El descenso en el número de personas con enfermedad mental detenidas a causa de conductas provocadas por su enfermedad
- La mayor colaboración entre recursos del tercer sector e Instituciones Socioasistenciales de la comunidad.
- El desarrollo de una red comunitaria de apoyo más potente para estas personas con enfermedad mental
- La mejora de la información para tomar decisiones de los tribunales
- La rápida derivación de personas con enfermedad mental graves a recursos adecuados
- El descenso del riesgo de comportamientos violentos en personas con enfermedad mental
- La mejora de la representación de la opinión de usuarios y familiares de personas con enfermedad mental sobre su asistencia

5.2. Etapa de condena a medida de seguridad

Problema

1. Hay escasez de recursos específicos para personas con enfermedad mental que necesitan mayor atención (enfermos con escaso control ambulatorio, nula o baja conciencia de enfermedad, escasa o ya agotada red social, bajo nivel económico y necesidad de servicios asistenciales muy especializados).

Recomendaciones

- a. Se debe potenciar un mecanismo que haga una búsqueda activa del enfermo en su entorno, facilite su adherencia terapéutica y asegure una

continuidad asistencial. (Equipos Asertivos Comunitarios). Recursos asistenciales de este tipo, trabajando en coordinación con las autoridades penitenciarias y judiciales, cuando el enfermo necesita un seguimiento de su enfermedad, garantizan una adecuada derivación y evitan la reincidencia.

- b. Que los recursos para el cumplimiento material de las medidas de seguridad sean asumidos por las comunidades autónomas.
- c. Publicar un mapa de recursos disponibles en las diferentes administraciones y entidades sociales.

Problema

2. No hay protocolos de derivación para coordinar estas medidas con los órganos judiciales, con la red de Sanitaria y Social que gestiona los recursos necesarios para las personas discapacitadas, enfermas mentales o con adicciones, y con las entidades sociales que desarrollan actividades de apoyo y atención a estas personas.

Recomendaciones

- a. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (justicia-sanidad-servicios sociales-usuarios) capaz de reunir la información de manera coordinada e interdisciplinaria, para permitir a los tribunales tomar decisiones sobre el recurso más apropiado para su derivación, hacer evaluaciones periódicas de su estado de salud, mantener una labor de intermediación entre las administraciones judicial, sanitaria, social, penitenciaria, el tercer sector y los familiares de las personas con enfermedad mental.
- b. Realizar acciones especializadas de formación y sensibilización entre miembros de las diferentes administraciones sobre enfermedad mental y proceso penal.

Comentarios

En el debate se mantuvo la idea de que este tipo de pacientes responde mayoritariamente al perfil de aquellos considerados como de alto riesgo de comportamiento delictivo; como ya se ha dicho, son personas con patologías crónicas, sin conciencia de enfermedad y con una limitada red sociofamiliar. También se ha dicho ya, que para este tipo de enfermos, hay escasos recursos capaces de satisfacer de forma simultánea las diferentes

necesidades que suelen plantear, muchas veces de manera recurrente, cíclica, siguiendo el curso vital cambiante que la enfermedad provoca en ellos, tanto desde el punto de vista clínico, como en la relación con su entorno. Lo ya comentado para las personas con enfermedad mental en situación de riesgo delictivo, sirve también para los declarados por sentencia no responsables de un delito ya cometido. Los jueces deben tener conciencia clara del tipo de tratamiento que el enfermo precisa, de los riesgos de repetición del delito, del tipo de recurso disponible para la terapia, de que ésta se realiza adecuadamente, de los progresos, retrocesos o de cualquier tipo de cambio en la evolución del cuadro mental del enfermo. El tribunal sentenciador debe poder ejercer con confianza cualquier alternativa legal disponible para asegurar la curación y rehabilitación del enfermo, incluyendo el cambio de medidas de seguridad desde una de privación de libertad a otra no privativa, o viceversa. Y debe poder hacerlo con agilidad y seguridad. Parece también aquí adecuado recomendar que sea un grupo de trabajo multidisciplinar (justicia - sanidad - servicios sociales - usuarios), con capacidad de reunir la información necesaria de manera coordinada e interdisciplinaria, el que permita a los tribunales tomar decisiones sobre el recurso más apropiado para su derivación, hacer evaluaciones periódicas de su estado de salud y en definitiva, mantener una labor de intermediación entre las administraciones judicial, sanitaria, social, penitenciaria, el tercer sector y las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Los esquemas de derivación y coordinación entre el sistema jurídicopenal y el socioasistencial no son fáciles de establecer. Las dos instituciones trabajan con unos fundamentos muy diferentes, distintos objetivos y diferentes dificultades para alcanzarlos, la mediación entre ambas instituciones en estos casos resulta fundamental. El estudio epidemiológico realizado por las CAC, demostró que existen personas con enfermedad mental cuya situación no se modifica jurídicamente (se mantiene una medida de internamiento en régimen cerrado, sin pasar a una medida de seguridad no privativa de libertad), ya que la administración competente no ofrece al tribunal las alternativas adecuadas a las nuevas circunstancias clínicas del condenado. Al no ofrecerse esas alternativas, el tribunal no modifica la medida inicialmente impuesta, a pesar de que haya mejorado el estado de salud mental del condenado. Según los datos recabados desde el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, un número importante de los internados, que por su clínica ya no requerían una medida privativa de libertad, allí continuaban. Sería también necesario simplificar el actual marco normativo, en el sentido de eliminar que un tribunal (el Juzgado de vigilancia penitenciaria) tenga que proponer a otro tribunal (tribunal sentenciador) la modificación, sustitución o supresión de la medida de

seguridad. Resultaría muy positivo que fuera uno u otro el que decidiera, y sólo uno tuviera competencia plena para realizar esa modificación, sustitución o supresión de la medida, sin esperar que ningún otro tribunal tenga que hacer ninguna propuesta.

Parece necesario por tanto, un equilibrio entre los intereses asistenciales de derivación de una persona con enfermedad mental que se encuentra en un dispositivo asistencial del sistema judicial y precisa un tratamiento especializado disponible sólo en la comunidad y la protección de la sociedad de los posibles comportamiento violentos de este enfermo. Estas necesidades deben cubrirse teniendo en cuenta los factores que provocan un interés de custodia y control, es decir, la evitación de una posible reincidencia en su delito.

En definitiva las recomendaciones aportadas por los expertos buscan:

- El mayor empleo de las medias alternativas a prisión
- Las sentencias más justas basadas en mayor información de los tribunales
- El mayor uso de recursos sanitarios especializados en la comunidad
- La reducción del número de personas con enfermedad mental en prisión
- La mejora en los flujos de información entre instituciones implicadas en la asistencia de las personas con enfermedad mental
- La reducción de los quebrantamientos de condena
- La mejora en los flujos de información entre instituciones implicadas en la asistencia de las personas con enfermedad mental
- La mejora en la continuidad de cuidados
- El descenso del riesgo de incidentes debido al mal seguimiento de la asistencia
- La mejora del trabajo en equipo entre instituciones

5.3. Etapa de condena a pena de privación de libertad

Problema

1. Es preciso potenciar todos los medios asistenciales (psicoterapéuticos, farmacológicos, educativos, etc.) en prisión, para atender a los internos con Trastorno Mental grave (TMG). Esta atención en prisión debe prestarla un equipo multidisciplinar.

Recomendaciones

- a. Potenciar la creación de medios asistenciales específicos para TMG y/o con patología dual (generalización de la intervención en todos los centros penitenciarios).
- b. Facilitar el acceso a recursos generales que hay en el centro, a los internos con TMG.
- c. Potenciar la derivación a los internos con TMG a módulos terapéuticos o de respeto.
- d. Impulsar una mayor implicación, coordinación y formación entre los profesionales de las diferentes áreas (jurídicos, sanitarios, vigilancia, educativos, judicial, etc.) que facilite una correcta derivación y desarrollo del PAIEM.
- e. Garantizar un correcto PIR, en función de la evolución longitudinal de cada paciente, respetando la equivalencia al tratamiento en el medio comunitario.
- f. Asegurar una correcta dotación para la creación y mantenimiento de los medios asistenciales (PAIEM) necesarios para asegurar la equidad con los recursos externos.
- g. Potenciar un régimen penitenciario positivo, una relación correcta con los funcionarios, y con los demás reclusos, alojamiento decente y respeto de las necesidades y derechos básicos de los internos, que deben buscarse por las políticas puestas en marcha para regir el clima social de las prisiones. (PAIEM-Módulos terapéuticos - UTE-Módulos de respeto).

Problema

2. Se deben mejorar los mecanismos de derivación de las personas con enfermedad mental, una vez cumplida la pena.

Recomendaciones

- a. Crear los protocolos adecuados capaces de coordinar, de manera ágil y efectiva, a las administraciones involucradas en el manejo de este tipo de personas con enfermedad mental, mediante un órgano colegiado.
- b. Creación de recursos sociosanitarios para una adecuada derivación.
- c. Creación de un programa puente.
- d. Potenciar el uso de los recursos reglamentarios que facilitan la incorporación social (permisos, personas en Artículo 100.2 del RP, salidas terapéuticas).
- e. Potenciar el uso del régimen abierto como medida jurídica que facilite el proceso de incorporación social, dotando a los centros de programas específicos de coordinación con los recursos externos (tercer sector y servicios sociosanitarios públicos).

Problema

3. Deben implementarse programas de tratamiento de patologías duales dentro de prisión.

Recomendaciones

- a. Coordinación de los profesionales de las diferentes áreas implicados en el abordaje integral del paciente.
- b. Creación de una mesa de coordinación entre el Grupo de Ayuda a la Drogadicción en prisión (GAD) y PAIEM, para que se desarrolle un protocolo de funcionamiento.

Comentarios

La Institución Penitenciaria en nuestro país, ha debido reorganizarse para hacer frente al reto de tratar el alto número de personas con enfermedad mental dentro de las prisiones. En las centros penitenciarios de todo el Estado, salvo Cataluña, que tiene transferida la responsabilidad de la Administración Penitenciaria, esto se ha hecho poniendo en marcha un Programa de actuación específico, el PAIEM, que reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión. Este programa está siendo capaz de activar todos los recursos asistenciales disponibles en el entorno penitenciario, generando un alto nivel de corresponsabilización de todos los profesionales de la

prisión para el manejo de este tipo de pacientes, desde los equipos directivos, a los de seguridad, pasando por los educadores o los sanitarios. El PAIEM es la estructura multidisciplinar encargada de enlazar las actividades asistenciales de todos los agentes extrapenitenciarios, tanto las que proporcionan las ONGs, especialmente aquellas de familias y personas con enfermedad mental, como las de atención especializada que prestan las CCAA para asegurar la continuidad asistencial adecuada. El equipo multidisciplinar del PAIEM tiene como uno de sus objetivos la gestión de la derivación de estas personas con enfermedad mental a la comunidad, una vez cumplida su pena de privación de libertad, las conexiones dinámicas con los servicios de salud mental de las CCAA de las ONGs que trabajan, tanto en la comunidad, como en el interior de los centros penitenciarios, son herramientas muy valiosas en este cometido. El programa de atención también es una excusa para ganar nuevos espacios terapéuticos en los centros penitenciarios, donde cada vez con mayor frecuencia se están utilizando módulos específicos para desarrollar actuaciones concretas (Unidades Terapéuticas Educativas, Módulos de Respeto, Unidades Puente en los CIS, Módulos de Discapacitados, etc.), en algunos de estos espacios se puede simultanear el abordaje de trastornos mentales graves asociados al abuso de sustancias psicotrópicas, como es el caso de ciertos tipos de Unidades Terapéuticas Educativas, estos casos de patología dual, son especialmente frecuentes en prisión y necesitan una respuesta específica. Por último el PAIEM incorpora un sistema de indicadores de evaluación que permiten comprobar los resultados del programa y la evolución de las personas con enfermedad mental durante su estancia en prisión.

5.4. Etapa de reinserción

Problema

1. No existe un entendimiento y coordinación entre las administraciones involucradas, la de justicia, la administración socio-asistencial y la penitenciaria, ni se atiende el punto de vista del usuario o los agentes sociales que lo representan, a la hora de establecer mecanismos adecuados de reinserción.

Recomendaciones

- a. Creación de un organismo multidisciplinar (justicia - sanidad - servicios sociales - usuarios) con una cobertura normativa capaz de reunir la información de manera coordinada e interdisciplinar, hacer evaluaciones periódicas de su estado de salud y mantener una labor de intermediación

entre las administraciones. Que sean espacios concretos de coordinación a través de casos, desde el principio, (no esperar a final de la condena) hasta el seguimiento, con evaluaciones periódicas. Sin perder la potenciación del nivel informal.

- b. Necesidad de abordar el doble estigma (interno/a y personas con enfermedad mental). Un papel fundamental es la integración del tercer sector y del movimiento asociativo de usuarios y familiares de cara a cubrir los huecos y servir apoyo a la hora de dar la información y accesibilidad al recurso.
- c. Mantenimiento del interno en su entorno familiar y social, teniendo en cuenta el arraigo.

Problema

2. No existe un adecuado protocolo de medidas de seguimiento tras la salida del sistema penitenciario, y antes de que termine la condena, donde se evalúe el ajuste del tratamiento y la adecuación del recurso, pilares fundamentales para evitar la reincidencia o recaída.

Recomendaciones

- a. Aplicación de la Metodología de gestión de casos a través de procesos con ubicación provincial que tengan en cuenta el arraigo.
- b. Necesidad de crear protocolos de derivación y gestionar los recursos existentes para que den la cobertura necesaria.
- c. Transferencia de competencias de sanidad penitenciaria y asunción efectiva de competencias en materia de salud mental por las CCAA en relación a la población reclusa para que la atención pueda darse en el centro penitenciario y así solucionar los problemas de adherencia derivados de la salida y se potencie la continuidad asistencial.

Problema

3. No hay una suficiente aplicación de actuaciones de reinserción enfocadas a la normalización funcional y social previas al fin de la condena, como permisos y otras actividades en libertad, en los internos con enfermedad mental grave.

Recomendaciones

- a. Potenciar el PAIEM en la parte de la reinserción social, con apoyos extrapenitenciarios.

Comentarios

Una vez que las personas con enfermedad mental han terminado su relación con los tribunales, es muy importante que todo lo que se ha trabajado dentro de la institución penitenciaria de cara a la estabilización de su enfermedad y a su rehabilitación social, no se interrumpa. Aquí nuevamente se echa en falta un equipo multidisciplinar en el que esté representada cada administración involucrada en el proceso reinsertador. Un equipo que actúe como vehículo de transmisión de información clínica y social del enfermo, como garante de un correcto proceso de derivación, que coordine los procesos de traspaso de una estructura asistencial a otra, tanto más complejos cuanto más dependiente sea el enfermo, e incluso que sea garante de la continuidad de cuidados, mientras éstos sean necesarios. Es necesaria una intermediación para armonizar los intereses del enfermo, los de las diferentes administraciones y los de la sociedad en su conjunto, no coincidentes en tantas ocasiones; para ello se ha mostrado esencial el papel del tercer sector, que en muchas ocasiones está trabajando en los recursos asistenciales de la comunidad, donde se va a derivar al enfermo y simultáneamente dentro del sistema penitenciario, formando parte de los equipos asistenciales que actúan en prisión con esos mismos pacientes.

En algunas de las Comisiones de Análisis de Casos, se ha venido trabajando en un protocolo de derivación, para actuar de forma organizada y consensuada con las autoridades sanitarias de las CCAA, en los casos de derivación de personas con enfermedad mental que han cumplido su sentencia y van a volver a la comunidad. Estos protocolos, facilitan la adherencia a la terapia, la continuidad asistencial, disminuyen el estigma y contribuyen al tratamiento equitativo de estos pacientes. El PAIEM en el caso de los penados con enfermedad mental, es una herramienta facilitadora de este proceso, por cuanto tiene como uno de sus objetivos, la correcta derivación de los pacientes a su salida de prisión. No todos los expertos han estado de acuerdo en que la atención de los mismos servicios sanitarios a las personas cuando están en libertad y cuando están en prisión, mejoraría el proceso de derivación desde la prisión a la comunidad, en que podría ser un proceso mucho más fluido y eficiente. En el caso de las personas con enfermedad mental que se encuentran cumpliendo una pena, y más aún si hablamos de enfermos sometidos a una medida de seguridad privativa de libertad, si los comparamos con personas sin enfermedad mental grave, se observa una disminución injustificada de medidas encaminadas a la progresiva reinserción social, como pueden ser las salidas terapéuticas o los permisos. A través del PAIEM, puede revertirse esta tendencia, si estas medidas concretas, junto con el resto de las

actuaciones, se contemplan como una parte del programa individualizado del tratamiento en prisión.

La derivación adecuada de estos enfermos evitará riesgos de reincidencia, aunque pudiera parecer que la estancia en un recurso penitenciario es más barata que en un recurso asistencial, es preciso mostrar a los gestores económicos de las cuentas públicas, que, destinar a estos pacientes al recurso sociosanitario adecuado, reduce el riesgo de comportamientos antisociales, con lo que se evitarán los gastos reiterados derivados de los arrestos e investigaciones policiales, de los procesos judiciales, de las estancias en prisión, por no hablar del coste social que soportarán las víctimas de los posibles delitos, los familiares del enfermo y el propio paciente.

El establecimiento de medidas de seguimiento tras la salida del sistema penitenciario, el ajuste del tratamiento y la adecuación del centro, son pilares fundamentales para evitar la reincidencia o reagudización de la enfermedad. Actualmente la mayoría de la población con enfermedad crónica que sale en libertad del sistema penitenciario no está sometida a supervisión, pero hay que recordar que la supervisión es voluntaria para estos enfermos, como para el resto de la población. Por ello, siempre habrá pacientes que no acudan a los centros indicados para ser evaluados.

La atención a largo plazo y en colaboración con servicios sociales, sanitarios y penitenciarios en el seguimiento de las personas con delitos repetidos que voluntariamente quieran colaborar en programas post penitenciarios, para afrontar su dificultad de reintegración social, debería ser un objetivo compartido por las diferentes administraciones.

Es importante desarrollar una campaña de sensibilización social dirigida, tanto a la opinión pública, como a los profesionales, socio-sanitarios y a los actores judiciales, que contrarreste la doble estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental que están sometidos a un proceso judicial. Hay campañas contra el estigma de la enfermedad mental en marcha desde hace muchos años, habría que aprovechar esas experiencias e incluir a este grupo especial de enfermos en ellas. Este estigma es responsable, en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos, lo que les discrimina gravemente a la hora de acceder a los tratamientos rehabilitadores que necesitan. Esto es especialmente grave en el caso de aquellos pacientes que han sido declarados no responsables de los delitos que cometieron y que afrontan medidas de seguridad, se diría que impuestas más como un castigo, que como un tratamiento.

En definitiva las recomendaciones aportadas por los expertos buscan:

- El descenso de los fallos de atención después del cumplimiento de una medida de seguridad
- El descenso de la reincidencia de delitos en personas con enfermedad mental
- El aumento de la implicación del tercer sector y la comunidad en la reinserción de estos enfermos.

6. Modificaciones en las respectivas administraciones y agencias sociales que el grupo de expertos considera que deben hacerse para cumplir las recomendaciones

En la última dinámica de la reunión de consenso de expertos, una vez priorizadas las oportunidades de mejora y las respectivas recomendaciones para llevarlas a cabo, utilizando una visión multidisciplinar; se pidió a los expertos participantes en el consenso que se reunieran agrupados, esta vez por administraciones y agentes sociales de procedencia, con el objetivo de hacer aportaciones prácticas, sobre la manera de poner en marcha en cada una de sus organizaciones, las recomendaciones anteriormente consensuadas.

A continuación se describen estas aportaciones para cada organización:

6.1. Administración de Justicia

Todo detenido debe ser reconocido por el médico forense y ante la mínima sospecha de alguna anomalía psíquica se activará la actuación del equipo multidisciplinar.

Los equipos multidisciplinarios deben depender orgánicamente de la administración con competencia ejecutiva correspondiente, y funcionalmente, de los jueces y tribunales, así como del ministerio fiscal.

- El equipo multidisciplinar al que se refiere la anterior conclusión debe tener capacidad para aportar sus informes al procedimiento penal en el que está incurso el sujeto.
- Las decisiones de inicio de cumplimiento de una medida de seguridad y las revisiones periódicas, deberían ser previamente informadas por el equipo multidisciplinar al órgano jurisdiccional competente, precisando cuáles son los recursos sociosanitarios e institucionales más adecuados en el momento de dictaminar.

- Las medidas cautelares y de seguridad de alejamiento –pero no las penas– deben ser evaluadas periódicamente por los equipos multidisciplinarios, a los efectos de su revisión periódica, así como ser objeto de la oportuna propuesta a la autoridad judicial competente.

Comentarios

La potenciación de la labor de la clínica forense en la detección temprana de estos enfermos en el momento de su detención, es la mejor forma de asegurar una derivación adecuada antes de que se produzca una judicialización de un hecho que debería, en su caso, ser interpretado más en clave clínica que delincencial. El equipo multidisciplinar al que se alude, como elemento de ayuda temprana del juez encargado del caso, en la actualidad no existe, y debería ser creado como fruto de la coordinación de la administración socioasistencial y judicial, con la composición, funcionamiento y dependencia orgánica que se apunta por parte de los expertos. Este mismo equipo podría encargarse de protocolizar las actuaciones en las situaciones más frecuentes, para poder prever los recursos asistenciales necesarios y los modos de actuar en cada caso. Podría ejercer de órgano asesor de los tribunales en cada momento procesal, y como intermediario entre estos y los recursos socioasistenciales de la comunidad, por último se apela también a este equipo como el que podría evaluar el cumplimiento de la sentencia e informar de su evolución al tribunal sentenciador. Un referente para la creación de estos grupos se puede encontrar en dos recursos que funcionan desde hace años en el País Vasco, el Servicio de Asistencia al detenido (SAOS) y el Servicio de Asistencia a la Reinserción (SAER), ambos consiguen una mediación entre la administración judicial, la penitenciaria y la socio asistencial, aunque no sólo están pensados para personas con enfermedad mental que entran en contacto con la justicia, en estos casos, hacen las funciones de un equipo multidisciplinar de las características de los descritos en este documento.

6.2. Administración Socio Sanitaria

Organización de los recursos

- Se deben crear programas individualizados que desarrollen intervenciones adecuadas para atención de personas con trastorno mental grave en la comunidad, garantizando la accesibilidad de aquellos que tienen especiales dificultades.

- Se deben analizar las necesidades de recursos para planificar su desarrollo.
- Se debe dotar de recursos adecuados a los servicios de salud mental y servicios sociales para atender a la población con trastorno mental grave, con antecedentes de conducta delictiva y escaso seguimiento en los tratamientos, tomando como referencia modelos de tratamiento asertivo comunitario y de seguimiento intensivo en la comunidad.

Aumento de la coordinación

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (justicia - sanidad - servicios sociales - usuarios) capaz de reunir la información de manera coordinada e interdisciplinar, para permitir a los tribunales tomar decisiones sobre el recurso más apropiado para su derivación, hacer evaluaciones periódicas de su estado de salud mantener una labor de intermediación entre las administraciones judicial, sanitaria, social, penitenciaria, el tercer sector y los familiares de los enfermos.
- Se debe potenciar un mecanismo que haga una búsqueda activa del enfermo en su entorno y facilite su adherencia terapéutica lo que asegure la continuidad asistencial. (Equipos Asertivos Comunitarios). Recursos asistenciales de este tipo trabajando en coordinación con las autoridades penitenciarias y judiciales, cuando el enfermo necesita un seguimiento de su enfermedad, garantizan una adecuada derivación y evitan la reincidencia.
- Que los recursos para el cumplimiento material de las medidas de seguridad sean asumidos por las comunidades autónomas.

Estudio de necesidades de transferencia de competencias

- Publicar un mapa de recursos disponibles en las diferentes administraciones y entidades sociales.
- Transferencia de competencias de sanidad penitenciaria y asunción efectiva de competencias en materia de salud mental por las CCAA en relación a la población reclusa para que la atención pueda darse en el centro penitenciario y así solucionar los problemas de adherencia derivados de la salida, potenciando la continuidad asistencial.
- Aplicación de la metodología de gestión de casos a través de procesos con ubicación provincial que tengan en cuenta el arraigo.
- Necesidad de crear protocolos de derivación y gestionar los recursos existentes para que den la cobertura necesaria.

Formación y sensibilización

- Realizar acciones especializadas de formación y sensibilización entre miembros de la administración judicial y sociosanitaria sobre enfermedad mental y proceso penal.
- Necesidad de abordar el doble estigma (interno/a y personas con enfermedad mental). Un papel fundamental es la integración del tercer sector y del movimiento asociativo de usuarios y familiares de cara a cubrir los huecos y servir apoyo a la hora de dar la información y accesibilidad al recurso.

Valoración de la incidencia de nuevas normativas

- Debe realizarse una especial valoración y seguimiento de la incidencia que está teniendo en la población con trastorno mental, la normativa sobre juicios rápidos y medidas cautelares.

Comentarios

La escasez de recursos apropiados para la atención de estas personas con enfermedad mental, estigmatizados, con diferentes patologías asociadas, y múltiples necesidades interrelacionadas, hace necesario que las autoridades sanitarias de la comunidad, hagan un esfuerzo en la identificación de buenas prácticas y creatividad a la hora de planificar la detección temprana, asistencia, seguimiento y rehabilitación de estos casos. En una etapa de austeridad en el gasto, se impone una política de coordinación entre administraciones y puesta en común de todo el catálogo de recursos que cada organización puede poner a disposición de estas personas enfermas en situaciones complejas, desde aquellos recursos con mayor perfil de seguridad, cuando el enfermo presente mayor riesgo de comportamiento delictivo, a aquellos con mayor perfil terapéutico y rehabilitador, cuando la enfermedad se encuentre estabilizada. Bajo la óptica de la individualización de las terapias, el seguimiento estrecho, y la interrelación de las administraciones, el modelo asistencial más adecuado parece el asertivo comunitario, que, aunque a primera vista parezca más caro que los modelos convencionales, sin duda se rentabiliza si lo comparamos con los costes que es capaz de evitar, los derivados de los procesos judiciales, detenciones y actuaciones policiales, estancias en prisión, ingresos compulsivos en hospitales y asistencias urgentes, y sobre todo, el coste, imposible de valorar, que supone la agudización de la enfermedad para el paciente, para su familia y para cualquier hipotética víctima de su comportamiento delictivo.

Vuelve a pedirse aquí, esta vez desde el ámbito sociosanitario, la creación de un equipo multidisciplinar, que coordine la asistencia que cada administración se ve obligada a prestar a lo largo de la carrera psicosocial de este tipo de enfermos. En estos casos, una actuación inconexa y aislada de responsables de una sola administración, ante unas necesidades cambiantes, a veces urgentes y siempre complejas, está condenada al fracaso. La importancia que la asistencia sanitaria tiene para estos pacientes durante su estancia en el medio penitenciario se reconoce en la propuesta de que se cumpla con el mandato legal de transferencia de la gestión de esta asistencia a las autoridades sanitarias de las CCAA, se ganará en eficiencia y en equidad cuando finalice este proceso transferencial, hoy día ya iniciado con la primera transferencia de la asistencia sanitaria en las prisiones del País Vasco, cuya regulación se publicó por Decreto Ley de 1 de Julio de 2011.

Por último, los expertos llaman la atención de la administración sociosanitaria sobre la necesidad de poner en marcha programas de formación, información y sensibilización, tanto entre sus propios profesionales, como entre los de otras administraciones, como la judicial, para que sea tenida en cuenta cualquier reforma en su funcionamiento, de manera que no perjudique el manejo de estos enfermos. La escasez de recursos, sobre todo los dedicados a personas con enfermedad mental sometidos a medidas de seguridad, es un argumento repetidamente utilizado durante la jornada por diferentes expertos, sin embargo, estos recursos existen, se utilizan en el caso de personas con enfermedad mental graves no tutelados por los tribunales, y lo que es necesario modificar es la estigmatización por parte de gestores y profesionales para que puedan acudir a estos recursos enfermos con idénticos perfiles clínicos y sociales, estén o no sujetos a procedimientos judiciales. En definitiva, que no se discrimine a un enfermo a la hora de utilizar un recurso comunitario, por el sólo hecho de estar cumpliendo una medida de seguridad, cuyo fin último es además, lograr el adecuado tratamiento de su dolencia en el recurso más idóneo para hacerlo y cuya única diferencia con otro enfermo es que hay un tribunal al que se debe informar de la evolución del proceso asistencial que se sigue con ese enfermo.

6.3. Administración Penitenciaria

Asegurar el funcionamiento eficaz del equipo multidisciplinar PAIEM para lo que se necesita

- Asegurar una correcta dotación para la creación y mantenimiento de los medios asistenciales (PAIEM) necesarios para asegurar la equidad con los recursos externos.

- Mayor implicación, coordinación y formación entre los profesionales de las diferentes áreas (jurídicos, sanitarios, vigilancia, educativos, judicial, etc.) que facilite una correcta derivación y desarrollo del PAIEM.

Las funciones serían:

- Garantizar un correcto Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), en función de la evolución longitudinal de cada paciente y respetando la equivalencia al tratamiento en el medio comunitario.
- Potenciar la creación de medios asistenciales específicos para TMG y/o con patología dual (generalización de la intervención en todos los centros penitenciarios).
- Facilitar el acceso a recursos generales que hay en el centro a los internos con TMG.
- Potenciar derivación a internos con TMG a módulos terapéuticos o de respeto.

Se deben mejorar los mecanismos de derivación

- Un órgano colegiado debe crear los protocolos adecuados capaces de coordinar de manera ágil y efectiva a las administraciones involucradas en el manejo de este tipo de enfermos.
- Creación de programas puente. COLABORACIÓN ACTIVA.
- Potenciar la utilización de los recursos reglamentarios que facilitan la incorporación social (permisos, internos en artículo 100.2 del RP, salidas terapéuticas) vincular el proceso terapéutico con el proceso jurídico-penal.
- Utilizar el régimen abierto como medida jurídica que facilite el proceso de incorporación social, dotando a los centros de programas específicos de coordinación con los recursos externos (tercer sector y servicios socio-sanitarios públicos).

Se insta

- A que la administración penitenciaria, esté incluida en el grupo de trabajo multidisciplinar, junto a las administraciones de justicia, y sanitaria.
- A impulsar la colaboración con el tercer sector en el momento de hacer de puente con los recursos externos.
- Potenciar el PAIEM en la parte de la reinmersión social, en concreto la atención especializada para conseguir una atención sanitaria en condiciones de igualdad.

Comentarios

Los expertos utilizan aquí la figura del equipo multidisciplinar en un sentido distinto al utilizado en anteriores referencias. Se habla aquí de un equipo de técnicos, profesionales de la administración penitenciaria, que trabajan en el área asistencial dentro de los centros penitenciarios. Por tanto es el equipo multidisciplinar recogido en el PAIEM, cuya composición y funcionamiento viene regulado en el propio protocolo del programa.

Nada tiene que ver con las descripciones anteriores de equipo multidisciplinar integrado por expertos de las distintas administraciones que tienen en algún momento la responsabilidad de resolver las necesidades planteadas por estas personas con enfermedad mental en el ámbito extra-penitenciario.

El PAIEM está en estos momentos en fase de evaluación y se están recogiendo datos para iniciar un nuevo ciclo de mejora. Se han encontrado áreas de progreso del programa en el campo de la formación de los profesionales penitenciarios que componen los equipos PAIEM, en la necesidad de integrar el trabajo de las familias en los programas de actuación con los internos, en la continuidad del programa, tanto entre los centros penitenciarios como entre los recursos de las diferentes instituciones, en los mecanismos de derivación al acabar el periodo penitenciario del enfermo, en su conexión con el tercer sector, con los recursos especializados de las CCAA, en la promoción de la salud mental, en definitiva, el PAIEM ha demostrado su utilidad, sobre todo en los casos de personas con enfermedad mental grave que se encuentran cumpliendo una pena de privación de libertad, pero, como cualquier otra actuación, debe someterse a ciclos continuos de mejora.

6.4. Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

- Ofrecer servicios y programas de sensibilización, formación, información y asesoría jurídica a las personas con enfermedad mental, familiares y allegados, así como a los distintos agentes implicados (ej. Policía, funcionarios...).
- Participar en espacios y organismos de análisis de situación, planificación, diseño y evaluación de estructuras de coordinación.
- Proporcionar servicios con un valor añadido, que garanticen modelos de atención comunitaria (ej. atención integral en los domicilios).

- Apoyar el desarrollo y aplicación de la Ley de Cohesión, para la atención en la Comunidad Autónoma de referencia, teniendo en cuenta el arraigo de la persona.
- Reivindicar el no cumplimiento de las medidas de seguridad de menos de 2 años, ni en Centros Penitenciarios, ni en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. El cumplimiento debe de realizarse en servicios socio sanitarios en la Comunidad. Solicitar asimismo el cierre progresivo de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.
- Potenciar la participación, durante las medidas de seguridad no privativas, en programas de nuestras entidades miembro.
- Proveer programas que faciliten la reinserción a la salida. (ej. Programas puente).
- Participar en la implantación del PAIEM y exigir que se le dote de los recursos materiales y humanos necesarios, entre otros, potenciando el desarrollo de equipos multidisciplinares en las prisiones.
- Se valora positivamente la creación de organismos multidisciplinares en la comunidad, considerando que FEAFES debería participar en igualdad de condiciones en los mismos. Se deberá garantizar que estos organismos se reúnan periódicamente y sean eficientes.
- Liderar la lucha contra el estigma, como queda recogido en la Estrategia en Salud Mental del SNS y la Convención de la ONU, para lo cual son necesarios los apoyos económicos e institucionales adecuados.
- Exigir y apoyar la participación de las personas con enfermedad mental, sus familiares y allegados en los planes individualizados de atención, así como en el diseño de los programas y servicios y en las políticas sobre esta materia.
- Demandar y favorecer la aplicación de la Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia a las personas con enfermedad mental internas en centros penitenciarios.

Comentarios

El tercer sector, tiene una labor fundamental como dinamizador de las administraciones, mediador, e incluso como prestador de determinados servicios muy especializados. Es importante destacar la importancia de todo el movimiento asociativo de FEAFES como proveedor de servicios (centros de día, pisos tutelados, centros especiales de empleo, talleres ocupacionales, club de ocio, ...) que, debidamente coordinados, pueden ser un elemento clave en la reinserción de las personas con enfermedad

mental. En el caso de las personas con enfermedad mental que contactan con la administración de justicia, se ha demostrado sobradamente su implicación, en especial en el caso de FEAFES, con implantación en casi todo el territorio del Estado. La voz y la opinión de los usuarios, debe formar parte del conjunto de evidencias a analizar a la hora de diseñar las respuestas asistenciales por parte de las administraciones públicas. Tanto en el campo de la formación, como en el de la sensibilización y desestigmatización, en el del análisis de necesidades, como incluso en el de la prestación de servicios, las organizaciones del tercer sector, tienen un papel fundamental. Los expertos que han participado en el consenso han valorado positivamente la existencia de equipos multidisciplinares en los que estén representadas las diferentes administraciones, actoras y responsables de la cobertura asistencial de este tipo de enfermos en algún momento de su ciclo vital, defendiendo las aportaciones que Fundaciones y ONGs de familiares y usuarios pueden hacer en esos equipos. Se hace una labor insustituible con el enlace entre las actuaciones con los personas con enfermedad mental dentro de los recursos penitenciarios y extra-penitenciarios, un trabajo fundamental para potenciar la continuidad asistencial, disminuir la reincidencia, y fomentar la equidad.

Anexo I. Relación de expertos que han intervenido en el Seminario de Consenso Presencial

CAC Castilla-La Mancha

José Antonio Contreras. Director Gerente de la Fundación FISLEM (Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Social y Laboral del Enfermo Mental).

D. Jaime Domper. Jefe de Servicio de Salud Mental SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).

CAC Andalucía

Marcelino López. Director Dpto. de Programas, Evaluación e Investigación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

Andrés López. Responsable de coordinación de Programas, Evaluación e Investigación Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

Conchi Cuevas. Asociación Usuarios SMA FEAFES de Andalucía.

Antonio Guerrero. Salud Mental SAS Psiquiatra Consultor del CP de Málaga.

Eulalio Valmisa. Oficina de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud.

Luis Fernández Arévalo. Fiscal de Vigilancia Penitenciaria de Andalucía.

CAC Aragón

Ana López. FEAFES de Aragón.

Mariano Sanjuán. Director de Salud Mental. Servicio Aragonés de Salud.

CAC Baleares

Ladislao Roig. Fiscal de Baleares.
Rosa Cosmelli. Fiscal de Baleares.
Carme Pujol. GREC-Palma de Mallorca.

CAC Comunidad de Madrid

Carlos Mur. Director asistencial en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental CAM.
Mariano Hernández. Jefe de la Unidad de Salud Mental de Tetuán (Madrid).
Karina Rocha. Confederación FEAFES.

CAC País Vasco

José Antonio Delarica. Oficina de Salud Mental del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
María José Cano. FEDEAFES-FEAFES Euskadi.

Expertos invitados

José María Sánchez. Presidente de la Confederación de FEAFES.
María Jesús San Pío. Coordinadora Técnica de la Confederación FEAFES.
Sergio Ruiz. Director del Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.
Alicia Abad. Psicóloga de Intervención en el CP Madrid IV (3^{er} sector).
Adoración Aviñó. Psicóloga de Intervención en el CP Valencia (3^{er} sector).
Joan Paredes. Médico de IIPP y experto en Salud Pública (IVESP).
Manuel Roca. Jurista subdirector de Tratamiento del CP de Segovia.
Jose María López. Psicólogo de Intervención en el CIS Victoria Kent (3^{er} sector).
Javier Pallarés. Abogado. Director del Departamento de Tutela y Ámbito Penitenciario de la Fundación Manantial.

Miembros de las CAC que han intervenido en el documento previo a la reunión de consenso

CAC Comunidad de Madrid

Ángel Luis Ortiz. Juez de Vigilancia Penitenciaria de Madrid.

Dolores Crespo. Psiquiatra. Programas de Psiquiatra y Relaciones institucionales. Dirección General de Hospitales. Conserjería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Mercedes Navío. Psiquiatra Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid.

Alfredo Calcedo. Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, Hospital Gregorio Marañón.

CAC Aragón

Paulino Querol. Médico Forense de los Juzgados de Zaragoza.

CAC País Vasco

Idoia Uncilla. Magistrada del Juzgado de lo Penal del País Vasco.

CAC Baleares

María del Mar Soler. Jueza de Vigilancia Penitenciaria de Baleares.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

José Rodríguez Escobar. Jefe de Servicio de la Subdirección General de Calidad y Cohesión Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Instituciones Penitenciarias

Juan Carlos Alcalde. Director del CP Madrid IV.

Enrique Acín. Jefe de Área de Salud Pública.

Raul de la Torre. Jefe Área de Ordenación Sanitaria.

José Manuel Arroyo. Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

Anexo II. Estudio epidemiológico

Perfil de las personas con enfermedad mental ingresados en los hospitales dependientes de Instituciones Penitenciarias

MUESTRA: 263 enfermos ingresados desde el 15 de marzo de 2009 al 15 de marzo de 2010, de las cuales 7 han sido mujeres y el resto hombres por lo que no se han establecido diferencias de género en las variables estudiadas.

Número de enfermos internados por comunidad autónoma		
Comunidad	Nº	%
Andalucía	165	62,5
Aragón	8	3
Baleares	8	3
Castilla-La Mancha	27	10,2
País Vasco	11	4,2
Madrid	44	16,7

Situación judicial		
	n	%
Internados Judiciales	230	87,5
Penados	14	5,3
Preventivos	19	7,2

Edad		
	n	%
21-30	45	62,5
31-40	67	3
41-50	68	3
51-60	59	10,2
61-70	19	3,4
71-80	5	1,9

Diagnóstico principal		
	n	%
Trastorno Mental Grave (TMG) PSICOSIS	202	76,8
Trastorno Mental Común (TMC)	13	5
TM ORGÁNICO	13	5
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	26	10
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	9	3,4

Delito principal		
	n	%
Homicidio	134	51
Incendio	15	5,7
Agresión/coacción	75	28,5
Robo	30	11,4
Quebrantamiento de condena	9	3,4

Causas judiciales previas		
	n	%
Si	129	49
No	134	51

Control ambulatorio previo al delito		
	n	%
Si	58	22
No consta	205	78

Ingresos hospitalarios previos al delito		
	n	%
Si	148	56,2
No consta	115	43,7

Conductas disruptivas en el hospital		
	n	%
Si	53	20
No consta	210	80

Evolución de los permisos		
	n	%
Favorable	112	42
Desfavorable	20	8
Sin permisos	132	50

Abuso/dependencia de drogas		
	n	%
Ninguna	37	14
Alcohol	81	30,8
Tabaco	25	9,5
Cannabis	11	4,1
Heroína, Cocaína y +	60	22,8
Cocaína, Alcohol y +	28	10,6

Se dan las condiciones para el alta del hospital psiquiátrico penitenciario		
	n	%
Si	77	30
No	180	70
En evaluación	6	

Cambio de medida de seguridad de privación de libertad por otra de tratamiento ambulatorio durante el periodo del estudio		
Cambio	Nº	%
Si	6	2,2
No	257	97,8

La Estrategia en Salud Mental del SNS se aprobó en diciembre de 2006 en el Consejo Interterritorial y en octubre 2009 fueron presentados y aprobados por el Consejo interterritorial los documentos de evaluación y actualización para el periodo 2009/2013.

En marzo de 2010 se decidió, en reunión plenaria de ambos comités crear un grupo sobre "Transversalidad y continuidad asistencial".

Dentro de este grupo, se formó un subgrupo "comisión penitenciaria" que, bajo la coordinación de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias comenzó a realizar una experiencia de "análisis de casos" con varias comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, País Vasco, Madrid). Fruto de las experiencias de estas seis comisiones de casos fue la elaboración de este documento, que, tras ser ratificados en sesión plenaria por los comités de la estrategia fue presentado al Consejo Interterritorial y aprobado en julio de 2013.

El documento repasa el trabajo de dichas comisiones, explica la metodología usada para el consenso y pasa a describir los principales problemas encontrados y la recomendaciones en distintos momentos del proceso por el cual puede pasar las personas afectadas:

1. Momento que va desde la situación de riesgo de cometer un delito o una vez ya cometido el delito, hasta que se dicta la sentencia (Etapa Presentencial)
2. Momento en el que las personas con enfermedad mental condenadas con sentencia firme a una Medida de Seguridad privativa o no privativa de libertad (Etapa de condena a Medida de Seguridad)
3. Momento en el que las personas con enfermedad mental son condenadas a una sentencia firme de pena privativa de libertad (Etapa de condena a Pena)
4. Momento en el que las personas con enfermedad mental se encuentra a pocos meses o semanas de terminar su relación con la justicia y debe prepararse para su reinserción social (Etapa de Reinserción)

Por último da una serie de sugerencias sobre las actuaciones que para cumplir dichas recomendaciones deberían hacer las respectivas administraciones y agencias.

