

SECRETARÍA GENERAL DE
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria

PROPUESTA DE ACCIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
COORDINACIÓN TERRITORIAL Y
MEDIO ABIERTO
COORDINACIÓN DE SANIDAD



Sanidad
Penitenciaria

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	3
Objetivos del Informe	7
Metodología del Informe	8
Los países de nuestro entorno	8
II.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS EN ESPAÑA	10
Resultados	11
El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante	14
El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla	15
Problemas estructurales de ambos hospitales	16
Problemas de funcionamiento	19
Problemas de evaluación de resultados	19
III.- OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PROPUESTAS DE ACCIÓN	20
1- Mejora de la estructura organizativa directiva	21
2- Mejoras sobre el personal especializado	24
3- Evitar la falta de personal asistencial de primera línea	25
4- Evitar la sobreocupación	26
5- Mejora de las habilidades asistenciales de todo el personal de los HPP	31
6- Mejora de las Instalaciones	31
7 - Mejora de Criterios de calidad asistencial consensuados y de indicadores de medida de esos criterios.	32
IV.- CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

I.- INTRODUCCIÓN

Este documento, parte de la declaración de la Estrategia General en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en España que considera que el modelo asistencial basado en recursos asilares, como son los hospitales psiquiátricos, está hoy ya superado¹.

Las reformas psiquiátricas en España en los años 80 han configurado el contexto que ha transformado los modelos de atención en salud mental, pasando a un modelo comunitario, y modificando así mismo, la forma de analizar y valorar la problemática y posibilidades del enfermo mental.

Hoy se puede hablar del desarrollo de un modelo de atención global, que desde una perspectiva comunitaria pretende ofrecer todo el abanico de posibilidades de intervención sobre el enfermo.

Sin embargo, está contemplada la existencia de hospitales psiquiátricos penitenciarios para cumplir el mandato legal que establece la rehabilitación y asistencia, junto con la retención y custodia de las personas sometidas a medidas de seguridad por eximente completa o incompleta². Estas personas enfermas, que después de haber cometido un delito se les considera inimputables en mayor o menor grado, deben permanecer tanto más retenidos y custodiados cuanto mayor sea su riesgo de peligrosidad criminal, y en todo caso deben recibir un tratamiento de su dolencia mental de igual calidad que el que recibirían en un recurso asistencial de su comunidad.

Las víctimas siempre quieren que los que cometen delitos reciban una pena en forma de prisión, sin embargo se puede demostrar que en algunos casos, existen medidas que pueden resultar más efectivas que el encarcelamiento, porque proporcionan una mayor seguridad a la hora de evitar la reincidencia del delito. Esto es especialmente frecuente en 7 de cada 10 delincuentes que sufren trastornos mentales y/o adicción a drogas y se beneficiarían de programas apropiados en su comunidad evitando una conducta delictiva de baja intensidad, que es la que con mayor frecuencia han realizado³.

Los hospitales psiquiátricos como modelo asistencial están superados. Sin embargo, por mandato legal hoy día existen Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

La necesidad de privación de libertad y custodia del enfermo se correlacionan directamente con el riesgo de conducta violenta

Ha existido un punto de unión, una unanimidad, al menos teórica, en la necesidad de procurar al delincuente enfermo mental una atención médica especializada adecuada a su condición patológica, lejos de los antiguos paradigmas simplemente segregadores.

Debe entenderse como enfermo mental que se encuentra en prisión, a toda aquella persona que ha entrado en contacto con el sistema judicial y penal por haber cometido un delito, y que además está diagnosticado de un episodio agudo o crónico de trastorno mental.

La vida en prisión de este tipo de enfermos aumenta los riesgos de que su proceso mental empeore, convierte a estos reclusos en más vulnerables a sufrir abusos o sanciones, es un factor asociado a la violencia, tanto hetero como autoagresiva y eleva el riesgo de suicidio.

Hoy día, la psiquiatría comunitaria que ha desechado el aislamiento como alternativa terapéutica, promueve la asistencia basada en la potenciación de los mecanismos socializadores, por lo que parece razonable, que todos aquellos enfermos en los que se justifique un bajo riesgo criminal, sean derivados a recursos comunitarios con una custodia compatible con ese riesgo, unos recursos cercanos a su entorno social, desde los que se podría contribuir a mejorar los trastornos que padecen estas personas, con programas terapéuticos personalizados.

Tras la reforma psiquiátrica, la creencia mayoritaria es que la base del tratamiento consiste en la rehabilitación psicosocial del enfermo, lo que supone no apartarle de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales. En este modelo de atención, la rehabilitación se hace necesaria para ayudar a las personas con una enfermedad mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelvan en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Sólo los enfermos con un elevado deterioro cognitivo, que les produzca un alto índice de dependencia, o aquellos con riesgo de conducta violenta, deberían permanecer en centros cerrados con medidas de

Siempre hubo unanimidad en que al delincuente enfermo debía dársele una atención médica especializada

Sólo los enfermos con alto potencial criminógeno deberían permanecer en centros con altas medidas de contención para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones

contención para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones. Esta debe ser la misión fundamental de los hospitales psiquiátricos cerrados y entre estos, los dedicados a enfermos sometidos a medidas de seguridad privativas de libertad, sean dependientes o no del sistema penitenciario.

Se hace pues necesario, para que el tratamiento en salud mental sea realmente eficaz, la elaboración de programas de rehabilitación psicosocial, que lleven a cabo un trabajo de integración en el entorno y de recuperación de las capacidades perdidas.

La población a la que nos referiremos principalmente en el presente documento es la incluida tradicionalmente bajo el término “enfermos mentales crónicos”.

Últimamente en la literatura especializada y en los foros de debate técnico se utiliza el término Trastorno Mental Grave ó Severo (TMG) con el fin de evitar las connotaciones estigmatizantes del término crónico. A pesar de mantenerse un permanente debate acerca de los factores a tener en cuenta para definir la enfermedad mental grave (diagnóstico, número de ingresos, años de evolución, etc.) existe un consenso en torno a la delimitación del concepto.

La definición de Goldman et al.⁴ ha sido una de las más aceptadas para definir las principales características del colectivo. “Personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc. ; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando según los casos, la duración del internamiento”.

Muchos de estos enfermos se encuentran en el sistema penitenciario, algunos de ellos cumpliendo una medida de seguridad que un tribunal les impuso al

El caso de los sujetos considerados responsables de un delito y que además tienen una enfermedad mental es distinto del de aquellos que cometen un delito precisamente a causa de su enfermedad

Los Psiquiátricos Penitenciarios concebidos como hospitales con la máxima capacidad de contención y control

declararlos no responsables de algún tipo de conducta delictiva que cometieron como consecuencia directa de su enfermedad.

Un asunto distinto lo constituyen los internos con alguno de estos trastornos mentales que cometieron un delito sin relación con su enfermedad mental, siendo condenados al haber sido declarados responsables del mismo. Estos internos que se encuentran en establecimientos penitenciarios ordinarios cumpliendo su condena, tienen la posibilidad de beneficiarse del Programa de Asistencia Integral para enfermos mentales (PAIEM)⁵ que se encuentra, en fase de despliegue, funcionando con diferente grado de cobertura en la mayor parte de las prisiones, y que va a ser permanentemente impulsado por la Secretaría General, para que alcance el máximo rendimiento asistencial.

La ley establece que en el caso de que la enfermedad mental sobrevenida, posterior al delito, sea de tal gravedad que impida al internado en prisión comprender el sentido de la pena, ésta podrá ser suspendida⁶ y el enfermo ingresado en un centro psiquiátrico adecuado. En caso contrario, seguirá cumpliendo su condena y recibiendo el tratamiento adecuado para su enfermedad. El PAIEM coordina con las actividades asistenciales dentro de la prisión, la asistencia psiquiátrica especializada prestada por los recursos de la red pública, siguiendo la filosofía general de equidad en la prestación entre las personas que están en prisión y las del resto de la comunidad. Uno de los objetivos prioritarios del PAIEM es asegurar la conexión asistencial especializada con los servicios de salud mental encargados de prestarla en la Comunidad, facilitando así la continuidad asistencial en el momento de la libertad.

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, son establecimientos penitenciarios especiales con mayores medios asistenciales que un establecimiento penitenciario común, que mantienen el alto potencial de contención y control de una prisión. Hoy se destinan por ley y con carácter general a albergar a los enfermos mentales sentenciados a medidas de seguridad privativas de libertad, enfermos que han cometido un

delito y han sido declarados inimputables en diferente grado y sentenciados a ser custodiados hasta su curación y/o a la desaparición de las circunstancias que pudieran poner al sujeto en riesgo de volver a delinquir a causa de su enfermedad, todo ello siempre por un tiempo, como máximo igual al que le hubiera correspondido como pena si hubiera sido declarado culpable y en todo caso limitado en la sentencia. La institución penitenciaria echa de menos que se generalice una mayor implicación a la asistencia en la comunidad de este tipo de enfermos por parte de las instituciones sanitarias. Solamente unas pocas Comunidades Autónomas han sido conscientes de esa responsabilidad en la reinserción y rehabilitación de este tipo de enfermos, Navarra, País Vasco o Cataluña, la mayoría deja todo el peso asistencial de estos pacientes a un dispositivo como el penitenciario cuyo principal cometido y recursos se orientan al control y la vigilancia, más que a la curación mediante el despliegue de actividades terapéuticas altamente especializadas, que son las requeridas por este complejo grupo de enfermos.

Objetivos del Informe

La pretensión de este documento es hacer un análisis de la realidad, basado en las evidencias encontradas, sobre la situación actual de los dos Hospitales Psiquiátricos, el de Alicante y el de Sevilla, dependientes de esta Coordinación de Sanidad Penitenciaria. El objetivo es que contribuya al necesario proceso de mejora continua que toda institución debe poner en práctica para avanzar hacia la excelencia en la calidad de los servicios.

El informe señala un Plan de Acción, con una serie de medidas a corto, medio y largo plazo, con el fin de que mejore la calidad de la asistencia de los enfermos que se atienden en estos recursos penitenciarios.

Metodología del Informe

La metodología utilizada para este análisis ha consistido en:

1- Revisión Sistemática de la evidencia disponible en la literatura, respecto a parámetros asistenciales de calidad en recursos psiquiátricos penitenciarios. Se han realizado búsquedas de bibliografía en las principales bases de datos (MedLine, Cochrane, Scielo), con los descriptores: Hospital Psiquiátrico, Servicios de salud mental, Prisiones, Psiquiatría forense.

2- Se ha convocado un Panel de Expertos, compuesto por un equipo de profesionales coordinados por los Directores y Subdirectores de ambos hospitales psiquiátricos y un equipo de Técnicos del Centro Directivo constituido al efecto. Este grupo ha elaborado unas conclusiones consensuadas, tanto del resultado del análisis, como del futuro Plan de Acción, que se recogen en este informe.

En Europa no hay una solución generalmente aceptada a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión

Los países de nuestro entorno

En el último informe realizado en 2007 por la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas⁷ se advierte que alrededor del 12% de los reclusos necesitan tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra va en aumento. Hacer frente a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe, la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. La propia psiquiatría comunitaria adolece ya de falta de recursos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para

salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada⁸. Otros problemas que se declaran frecuentemente son: Falta de recursos adecuados para la atención de este tipo de enfermos mentales, número insuficiente de camas psiquiátricas forenses, falta de personal adecuadamente entrenado para el tratamiento de estos pacientes, escasos programas de detección temprana de estos enfermos, ausencia de seguimiento posterior después de la medida de internamiento y escasa dotación de presupuestos para estas tareas por parte de los gobiernos respectivos⁷.

Como conclusiones, el informe europeo señala entre otras las siguientes:

- Los datos sobre el tipo y la cantidad de enfermos mentales en prisión no están disponibles adecuadamente en ninguno de los países analizados.
- El precio que la sociedad debe pagar al dedicar insuficientes recursos a la atención psiquiátrica en las prisiones es un aumento de la reincidencia entre esos enfermos, con el consiguiente aumento del gasto de los servicios psiquiátrico-asistenciales en la comunidad y del gasto de los servicios jurídicos y penales, sin hablar del coste social provocado por el daño a las posibles víctimas directas, a familiares y a los propios enfermos.
- No existe un modelo uniforme de coordinación entre las administraciones con responsabilidad en el manejo de estos enfermos (justicia, interior, sanidad).
- Los cuidados psiquiátricos en las prisiones no están suficientemente cubiertos. No existen procedimientos rutinarios de evaluación de internos para descartar enfermedad mental, ni programas asistenciales específicos.

En los últimos años, ha aumentado mucho el número de personas que son ingresadas en prisión presentando trastornos mentales

La prioridad debe ser la atención de los enfermos que acaban en el sistema judicial y penal, por una conducta delictiva derivada de su patología y que desaparecerá con un adecuado abordaje terapéutico

II.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS EN ESPAÑA

En los últimos años, hay muchas evidencias del creciente número de personas que son ingresadas en prisión presentando trastornos mentales, tanto en España⁹, como en los países de nuestro entorno^{7, 10, 11}. Esto es debido a diferentes factores: la mayor vulnerabilidad a la acción de la justicia de los enfermos mentales, su deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales en la comunidad, un mayor riesgo de reincidencia, la falta de coordinación de las administraciones judicial, sanitaria y social, pero sobre todo, una gran parte de autores están de acuerdo en que la Reforma de la Psiquiatría Comunitaria que a lo largo de la última década cerró la mayoría de los recursos asilares, no supo dar una alternativa asistencial adecuada a un gran número de enfermos mentales crónicos, que han sufrido una transinstitucionalización, pasando de las instituciones psiquiátricas a las instituciones penitenciarias^{7, 12, 13}.

Hay otro riesgo de sufrir enfermedad mental dentro del colectivo de la población penitenciaria, el que se añade por pertenencia a los grupos sociales en situación de exclusión, un grupo muy representado entre los reclusos, y en el que sistemáticamente aparece una mayor tasa de personas con trastornos mentales.

Los excluidos tienen tradicionalmente dificultad de acceso a los recursos asistenciales, incluso a los servicios de atención primaria que son la puerta de entrada a los servicios especializados. El fracaso en la asistencia a los problemas de salud mental en todos estos colectivos, grupos marginales, enfermos crónicos, enfermos emergentes no detectados, etc. contribuye a la sobre-representación de este tipo de enfermedades entre las personas que llegan al sistema judicial y penal. Una deficiencia crónica que en los últimos años está aumentando de forma exponencial en toda Europa y que obliga a plantearse la apertura de un debate profundo del modelo asistencial en la comunidad de este tipo de trastornos.

Hay que dar respuesta a la situación que plantea el elevado ingreso de enfermos mentales en el sistema penitenciario y muy especialmente de aquellos que ingresan siendo no responsables del delito que cometieron y con un mandato judicial para que se les de un tratamiento adecuado a su problema de salud mental, entre otras importante razones, para evitar la reincidencia.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, considera necesario mejorar sus instalaciones asilares penitenciarias para que acojan a aquellos enfermos mentales que en algún momento de su programa de tratamiento sea necesario mantener con medidas de máxima contención, ofreciéndoles la mejor asistencia posible. Para ello, acometerá un Plan de Acción de adecuación basado en los resultados que se exponen en este documento, siendo respetuosa con su función que queda definida desde 1995 en el artículo 184 del Reglamento Penitenciario.¹⁴

En lo que respecta a las administraciones asistenciales comunitarias, está clara su competencia para llevar a cabo el abordaje del enfermo mental, independientemente de su condición de judicial o no. El Código Penal vigente establece genéricamente, en su art. 96, los tipos de establecimientos destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad, sin circunscribirse a los dependientes del sistema penitenciario, a los que no cita expresamente, y el art. 101 señala que el establecimiento será en todo caso, el adecuado a la situación específica del enfermo. Lo lógico al tratarse de enfermos, es que los recursos comunitarios sean los de elección.

Resultados

En líneas generales la situación real de los hospitales psiquiátricos penitenciarios se ha ido progresivamente agravando en los últimos años, con un problema de demanda asistencial, que en la última década ha duplicado prácticamente su población. Tres son los mayores problemas encontrados en ambas instalaciones:

Si aceptamos los cánones actuales sobre terapia psiquiátrica, un dispositivo penitenciario no puede ser considerado un recurso sanitario especializado

- Sobreocupación por falta de control efectivo sobre los ingresos y sobre las altas médicas.
- Estructura orgánica inapropiada, más penitenciaria que sanitaria, unida a una cierta indefinición de funciones en los profesionales.
- Dificultades objetivas para reclutar el personal técnico necesario, particularmente graves en algunas categorías profesionales.

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios tienen una doble condición, por un lado son centros penitenciarios con funciones de retención y custodia, y por otro son centros sanitarios¹⁴.

La reflexión más importante que podemos hacer en esta materia es que hay un profundo condicionamiento en el manejo de los enfermos que supone combinar finalidades, en muchos casos tan dispares como el abordaje médico y la seguridad. Y esto tanto dentro del centro como en permisos o actividades terapéuticas en el exterior. Seguridad y terapia entran en muchos casos en conflicto, lo que obliga a buscar el equilibrio entre las necesidades asistenciales del enfermo y sus responsabilidades judiciales, desde el punto de vista de la custodia en sí misma.

Existe un déficit importante en la comunidad de recursos diagnósticos, de tratamiento y apoyo a los enfermos mentales; **Error! Marcador no definido.**, así como de dispositivos asistenciales tanto abiertos como cerrados, alternativos a la prisión, de manera que los psiquiátricos penitenciarios y los propios centros penitenciarios se están convirtiendo actualmente en los sustitutos de los antiguos manicomios¹⁵.

Demasiado a menudo, la respuesta que las administraciones públicas dan a los casos de enfermos mentales con problemas de convivencia a causa de su deterioro cognitivo, es tardía y descoordinada, por lo que el fenómeno de la “puerta giratoria” es frecuente en estos enfermos, atendidos de manera ineficaz y trasladados de uno a otro recurso sin que ninguno sea capaz de evitar que finalmente cometan algún delito, en ocasiones pequeños delitos reiterados, hasta que alguno de ellos llega a ser de tal gravedad que el sistema judicial impone una medida de privación de libertad. Aunque esta medida tiene como objetivo la curación de los trastornos mentales de este

Seguridad y terapia entran en muchos casos en conflicto, lo que obliga a buscar el equilibrio entre las necesidades asistenciales del enfermo y su responsabilidad judicial

Demasiado a menudo, la respuesta que las administraciones dan a los casos de enfermos con problemas de convivencia es tardía y descoordinada, el fenómeno de la “puerta giratoria” es frecuente

enfermo, la administración nuevamente da una respuesta inadecuada y el sistema penitenciario es el único que el enfermo encuentra para hacer frente a sus específicas necesidades de salud, muchas veces reconocidas incluso en la sentencia. Será sin duda útil trabajar en aquellas iniciativas que demuestren claramente como la inversión en prevención, como suele ser habitual, ahorra un gran número de inconvenientes a la comunidad, tanto económicos, como sociales y morales. Ocuparse de los enfermos mentales antes de que entren en conflicto con la justicia debe ser una prioridad para todos los servicios sociosanitarios.

Los equipos de soporte a los servicios sanitarios penitenciarios o los equipos de asistencia asertiva comunitaria, se han mostrado efectivos para prevenir conflictos legales de este tipo de enfermos y una herramienta útil para evitar la reincidencia.

Podríamos comparar los costes que generan estos equipos de intervención, con los que se producen por los delitos provocados por la enfermedad mental, los gastos económicos generados por los arrestos, los procesos judiciales, y el tiempo de condena, pero también los costes sociales y morales, que aunque difícilmente cuantificables, se adivinan fácilmente como cuantiosos si atendemos al pago que deben asumir las víctimas y la propia sociedad desde su conciencia colectiva, al situarse frente a un delito, muchas veces presenciado y frecuentemente impactante por lo extraño en su forma y su objetivo. Hay mucho margen para que finalmente el balance sea positivo por altos que sean los costes administrativos de prevención de estas conductas, que no olvidemos nunca, están causadas por una enfermedad en personas que forman parte de la comunidad y que tienen derecho a recibir una asistencia de igual calidad a la que recibe cualquier otro ciudadano.

Una gran proporción de los enfermos mentales que cometen un delito, que se puede situar en torno al 30%, entran y permanecen en un dispositivo penitenciario porque la administración sanitaria competente no les proporciona recursos alternativos comunitarios, tal y como marca la ley. Estos enfermos por su perfil psicosocial, similar al de otros enfermos que se tratan en la comunidad, podrían igualmente beneficiarse de recursos no penitenciarios.

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Desde sus orígenes, los primeros pacientes ingresan en el centro el 11 de enero de 1984, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (HPPA) se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria del conjunto del territorio nacional, salvo Extremadura, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla, así como de la población penitenciaria femenina de todo el territorio nacional, con la excepción de Cataluña, que tiene transferidas las competencias en esta materia. En su organización, fue una institución ciertamente modélica desde su aparición por varias razones:

a) Se implantó un sistema de funcionamiento innovador en régimen de Comunidad Terapéutica. Por tanto la Junta de Tratamiento vino a asumir todas las funciones de la Junta de Régimen y Administración.

b) Se impulsó un régimen de salidas terapéuticas hasta entonces desconocido. En base al art. 8.1 del Código Penal anterior, se propuso y aunque con importantes dificultades, se obtuvo autorización para que pacientes reclusos en el HPPA disfrutaran de esta medida terapéutica no específicamente contemplada en nuestro ordenamiento penal-penitenciario.

c) Se desarrolló un mecanismo participativo de todo el personal del Centro. Las decisiones relevantes eran explicadas y discutidas con invitación a la participación en los debates de todos los colectivos del establecimiento.

Años después tuvo lugar una experiencia igualmente innovadora, la creación informal –sin cobertura normativa– de los llamados “equipos multidisciplinares”.

El Psiquiátrico penitenciario de Alicante desde su origen diferenció su funcionamiento del resto de centros penitenciarios

El Psiquiátrico penitenciario se concibió en líneas generales como una Comunidad Terapéutica con equipos multi-disciplinares

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (HPPS) se abre en el mes de Junio de 1990, tras producirse el cierre del Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. Por su situación geográfica, se dispone que proporcione asistencia a la población penitenciaria masculina de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

El Psiquiátrico penitenciario de Sevilla repite la organización del de Alicante

Datos de actividad de ambos centros referidos a 2009 en % de internos ingresados

	Alicante	Sevilla
Año de Inauguración	1984	1990
Capacidad máxima (camas residenciales*)	371	158
% Ocupación media	105%	117%
% de ingresos residentes en la propia CCAA del HP	39%	72%
% de internos que tienen antecedentes penales	36.5%	41%
% han estado en centros ordinarios	67%	49%
% antecedentes de ingreso en psiquiátrico penitenciario	18%	16%
% cumple más de una medida de internamiento	15%	30%
% inimputables	71%	62%
% semiimputables	26%	31%
% diagnosticados de psicosis	70.7%	80%
% con actividades en recursos externos	7%	26%
% con salidas al exterior	82%	90%
% que cumple medidas de seguridad menores de 5 años	32%	53%

* no contabilizadas las camas de unidades de agudos e ingresos

Los problemas analizados que se exponen en este informe se han agrupado de la manera siguiente:

PROBLEMAS ESTRUCTURALES DE AMBOS HOSPITALES:

Estructura organizativa directiva mejorable:

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP) desde sus mismos orígenes poseen una estructura organizativa distinta a la de un establecimiento hospitalario convencional. Es difícil posibilitar un servicio con un perfil fundamentalmente asistencial para un conjunto de enfermos con características tan complejas, prestado por un gran número de funcionarios de vigilancia y personal asistencial. En definitiva, conseguir una organización que sea capaz de conjugar lo asistencial con lo custodial.

El personal asistencial de primera línea, idealmente debería doblar en número, al personal de custodia

Recursos insuficientes:

1.- Carencias de personal especializado.

No es previsible que la dotación de especialistas pueda solventarse fácilmente a corto plazo. El déficit de psiquiatras es crónico. Difícilmente pueden optar por la psiquiatría penitenciaria, profesionales que en el ámbito extrapenitenciario reciben una remuneración superior y que además, tienen la opción de obtener el reconocimiento de la compatibilidad para el ejercicio particular de su profesión.

Un problema importante es la sobreocupación por derivación inadecuada (Ingreso por orden Judicial). Alrededor del 30% de los pacientes tienen un perfil clínico que no se beneficiará de su estancia en el hospital penitenciario

2.- Falta de personal asistencial de primera línea.

Las dotaciones de terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica y celadores no alcanzan los niveles óptimos necesarios en una institución hospitalaria adecuadamente acreditada, sobre todo si se tiene en

cuenta que un importante colectivo de la población de pacientes ingresados padece discapacidad, ya no sólo derivada de sus déficits psíquicos –desatención de su cuidado- sino incluso de los físicos. Es preciso un ajuste y cobertura de las Relaciones de puestos de trabajo (RPT) de ambos centros, según las necesidades asistenciales reales.

Sobreocupación

Contribuye a la sobreocupación el hecho de que en los HPP, que son instalaciones sanitarias, predomine sin embargo, el criterio judicial de ingreso y de alta.

La sobreocupación actúa como un factor empobrecedor de la calidad de todas las labores, tanto asistenciales como de seguridad de los psiquiátricos, a la vez que supone un elemento de gran quemazón para todo el personal. Los psiquiatras y el resto del personal asistencial echan en falta que no sea fácil utilizar una definición de los criterios clínicos de alta. La salida de los psiquiátricos está condicionada a una decisión judicial, forzada además por la ausencia de recursos en la comunidad donde acoger a estos enfermos. Los profesionales ven además, que los pacientes, incluso una vez que finalizan la medida de internamiento en el HPP frecuentemente se enfrentan a un serio problema de reubicación en su ámbito social. Las familias son, por regla general, los únicos recursos disponibles para cuidar de estos enfermos. En ocasiones los órganos judiciales demandan un informe de vinculación familiar, difícilmente existente cuando el hecho delictivo ha tenido lugar precisamente en ese ámbito. En otros casos, los servicios socio-sanitarios autonómicos plantean todo tipo de dificultades para asumir pacientes residentes en su ámbito territorial. Las excusas son hartas conocidas, generalmente relacionadas con la falta de instituciones de larga o media estancia adecuadas. Hay una escasez de recursos externos de apoyo para la continuidad asistencial del paciente mental. Por otro lado, se ha ido instalando una cultura regimental en los profesionales de los HPP, en torno a la que gira el funcionamiento del centro, opuesta a la cultura sanitaria que debería existir por las características del mismo. Esta cultura está propiciada por la experiencia de que no se produce ninguna derivación de los pacientes a recursos

externos, por muy bien que se haga en el hospital la labor asistencial y de rehabilitación, sistemáticamente todos los enfermos agotan el tiempo de su medida de seguridad en el psiquiátrico independientemente de la evolución de su trastorno.

Los ingresados soportan un fuerte estigma social, porque son enfermos mentales y además han cometido un delito, este estigma es en buena parte responsable del rechazo que dificulta su proceso de reinserción social y su adecuado tratamiento clínico en la comunidad.

Personal funcionario sin perfil asistencial

El perfil del personal de custodia e incluso asistencial es el mismo que el de otros centros penitenciarios, la organización similar a la de una prisión, la cultura de trabajo, horarios, la proporción interno/cuidador, la escasez de personal asistencial especializado, la arquitectura de las instalaciones, su dependencia de IIPP, hace que prevalezca una cultura custodial sobre la asistencial.

Las funciones de seguridad, vigilancia y control, están más presentes que las de rehabilitación y tratamiento. Por ejemplo, hay una ausencia de la figura de coordinación de los equipos multidisciplinares que actúan sobre los enfermos, que a la vez haga de tutor de cada paciente. El personal de vigilancia en ningún caso ha recibido formación específica para prestar su servicio en un establecimiento psiquiátrico, un entrenamiento acerca de lo que es la enfermedad mental, el abordaje verbal a los pacientes, los mecanismos de contención, etc. El personal laboral se encuentra en similar situación.

Instalaciones mejorables

Desde el punto de vista estructural, las instalaciones de ambos centros conservan una orientación general más próxima a una prisión que a un hospital. Es necesario acometer obras urgentes de mejora en la zona de la enfermería del Hospital Psiquiátrico de Alicante. Se observa también en este apartado que hay un desequilibrio

Una formación adecuada a la función a realizar, en todo el personal de servicio en un psiquiátrico, es fundamental para el éxito terapéutico

entre la disponibilidad de mejores infraestructuras psiquiátricas penitenciarias, y el esfuerzo inversor que en el total del sistema penitenciario se viene realizando en España, en especial en los últimos años. Unas infraestructuras modernas, siempre son necesarias para mejorar la calidad del trabajo que se realiza en cualquier recurso, sea de la naturaleza que sea.

PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO:

Horarios del personal asistencial, en especial de los Auxiliares de enfermería

Hay unos regímenes de turnicidad en el horario laboral sin configuración específica para las características de los centros, esto repercute de manera sensible en la continuidad y por tanto en la calidad asistencial.

Falta de un profesional de referencia para el interno (Tutor). Es imprescindible que el enfermo mental tenga en nuestros centros una persona como referente, no necesariamente debe ser personal sanitario, aunque sería lo recomendable, pero es conveniente que un profesional haga un seguimiento personalizado de su plan individual de tratamiento.

PROBLEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

Ausencia de Criterios de calidad asistencial consensuados y de indicadores de medida de esos criterios.

No hay un conjunto mínimo de criterios de calidad de la asistencia que se presta en los HPP, ni tampoco indicadores que permitan evaluarla. Se recogen datos de manera espontánea por los equipos gestores de ambos hospitales, sin haber llegado a un consenso sobre los criterios de calidad asistencial, sin disponer de un conjunto mínimo de datos para evaluar estos criterios, por lo que es difícil seguir la evolución en la calidad asistencial o tomar decisiones para mejorarla.

La “cultura” de la Calidad Asistencial es una necesidad en las organizaciones sanitarias que tiene como objetivo aumentar su efectividad

III.- OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PLAN DE ACCIÓN

Las oportunidades de mejora que se proponen se dividen en siete grandes áreas:

- 1- Mejora de la estructura organizativa directiva**
- 2- Mejoras sobre el personal especializado.**
- 3- Evitar la falta de personal asistencial de primera línea**
- 4- Evitar la sobreocupación**
- 5- Mejora de las habilidades asistenciales de todo el personal de los HPP**
- 6- Mejora de las Instalaciones**
- 7 - Mejora de Criterios de calidad asistencial consensuados y declaración de indicadores de medida de esos criterios**

1- Mejora de la estructura organizativa directiva:

El análisis de la realidad del grupo de trabajo indica que el difícil equilibrio entre implicación y capacidad para una gestión eficaz no es posible con la estructura directiva actual, por la compleja dimensión asistencial del trabajo y el importante volumen de trabajadores implicados en esa labor en los centros. Esta estructura se debe acercar a la de cualquier otra institución hospitalaria, con las peculiaridades propias de un centro psiquiátrico para internados judiciales.

La estructura directiva se debe acercar a la de cualquier otra institución hospitalaria, con las peculiaridades propias de un centro psiquiátrico para internados judiciales

Estructura del equipo directivo actual

CARGO DIRECTIVO	ALICANTE	SEVILLA
DIRECTOR GERENTE	x	x
SUBDIRECTOR MÉDICO	x	x
SUBDIRECTOR DE ENFERMERÍA	x	
SUBDIRECTOR TRATAMIENTO	x	x
SUBDIRECTOR - I DE RÉGIMEN	x	x
SUBDIRECTOR - II DE RÉGIMEN	x	x
ADMINISTRADOR	x	x

LA NUEVA ESTRUCTURA QUE SE PROPONE:

DIRECTOR-GERENTE

Sería el máximo responsable del establecimiento.

De él dependen:

- El Director Asistencial
- El Subdirector de Recursos
- El Subdirector de Gestión

El Subdirector de Recursos es el responsable de la gestión de personal y de la administración económica del centro. De él dependen además directamente: las contratas, el personal de mantenimiento, limpieza, cocina, lavandería...

El Subdirector de Gestión Penitenciaria es el responsable de los aspectos regimentales y de seguridad. De él dependen: juristas, jefes de servicio, y funcionarios de vigilancia.

EL DIRECTOR ASISTENCIAL

Es el encargado de ofrecer la asistencia clínica y rehabilitadora más adecuada a cada uno de los enfermos.

De él dependen: Subdirector Médico, Subdirector de Rehabilitación y Subdirector de Enfermería.

- Subdirector Médico

Es el encargado de coordinar las actividades de atención clínico-terapéutica de los enfermos.

De él dependen: psiquiatras, médicos generales y farmacia hospitalaria.

- Subdirector de Enfermería

Depende directamente del director asistencial, de él depende todo el personal de enfermería. Estos profesionales deberán realizar sus tareas habituales y participar además en aquellas otras que puedan organizarse como talleres o programas concretos en los que sus conocimientos sean importantes para los mismos, tales como actividades de educación para la salud, adquisición de hábitos saludables, prevención de recaídas,

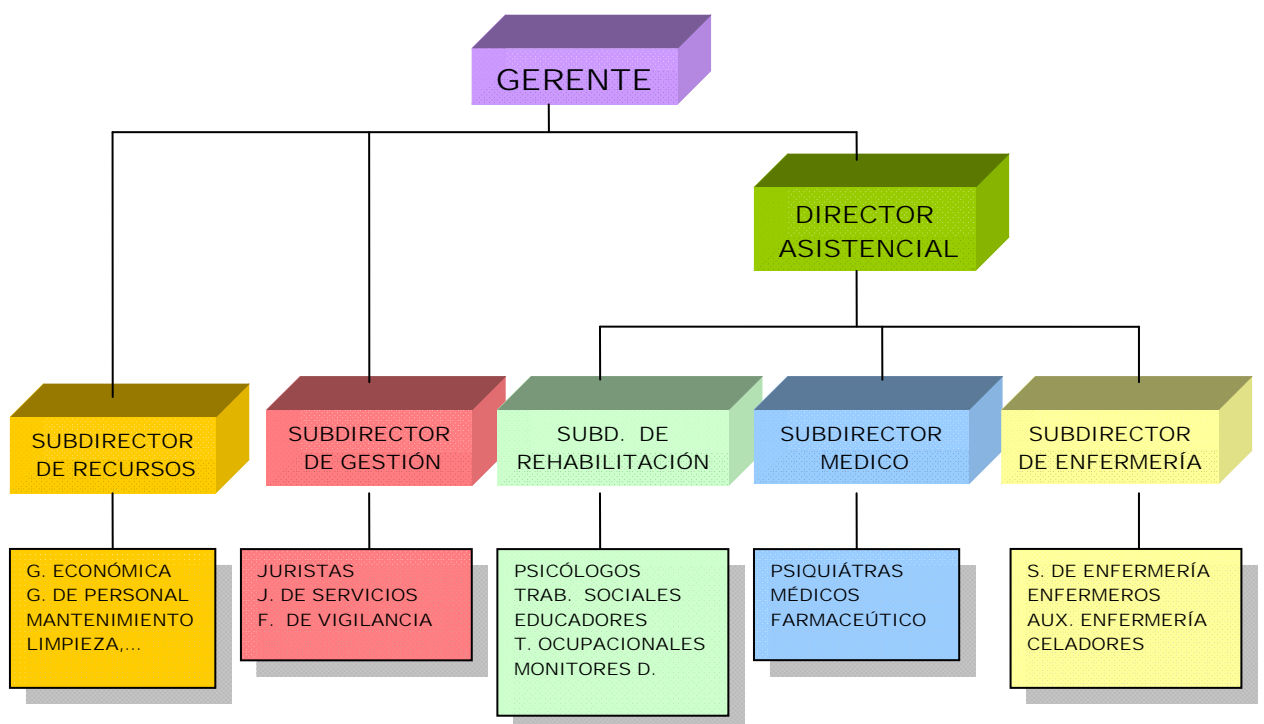
adherencia al tratamiento, relaciones sociales, afrontamiento de estrés, etc...

- Subdirector de Rehabilitación

Es el encargado de coordinar de los programas y actividades encaminados a la rehabilitación social de los enfermos.

De él dependen: psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores y terapeutas ocupacionales, ayudantes de tratamiento y voluntariado.

Esquema de la Organización del Equipo Directivo



Se ha hecho una propuesta formal motivada a la Subdirección General de Recursos Humanos de la SGIIPP, para la modificación de la estructura de la RPT de los puestos directivos de ambos Hospitales Psiquiátricos, donde aparecen niveles y complementos, que en ningún caso serán inferiores a los existentes.

2- Mejoras sobre el personal especializado.

Las circunstancias actuales de carencia de médicos especialistas y concretamente de psiquiatras, hacen difícilmente solucionable este problema estructural.

Afortunadamente hay un factor que retiene a algunos de estos profesionales en el medio penitenciario, la superespecialización en este tipo de psiquiatría, que aúna aspectos clínicos y legales, en un grupo de enfermos extremadamente difícil de ver fuera del contexto penitenciario.

Hay que tener en cuenta también la plantilla de funcionarios de los Cuerpos de Sanidad Penitenciaria Facultativo y de Enfermería, debieron superar una oposición de la Administración General del Estado, en la que explícitamente se les exigía que demostraran especiales conocimientos psiquiátricos² por lo que su capacidad asistencial en materia de salud mental, no puede ser considerada igual que la de un médico o enfermero de atención primaria, sino de mucha mayor valía. En la actualidad hay instrucciones del Centro Directivo para contratar en ambos Hospitales a los psiquiatras que los directores consideren necesarios para cubrir adecuadamente la asistencia. Para asegurar una plantilla estable y una adecuada atención a los enfermos ingresados en ambos hospitales, es necesario cubrir las plazas de especialista en psiquiatría que sean necesarias mediante procedimientos específicos de contratación.

Los HPP reúnen características idóneas para ser un centro de formación de nuevos especialistas, a la vez que estos pueden prestar asistencia, como de hecho la vienen prestando en el resto de unidades de hospitalización psiquiátrica del país. Convertir a los HPP en centros de formación continuada, con las necesarias reservas, para que siga cumpliendo sus cometidos legales, es una vía que está en desarrollo en estos momentos y que debe fomentarse, porque permite abrir una nueva línea de formación a futuros especialistas en un tema de difícil aprendizaje fuera del ámbito penitenciario. Es conveniente también que los psiquiatras en formación conozcan este medio por el que tal vez en un futuro puedan interesarse para prestar sus servicios como

Dar a conocer el medio psiquiátrico penitenciario, es el primer paso para que los profesionales en formación se interesen por este campo y se especialicen en él

La superespecialización en psiquiatría clínica y forense, junto con una carrera profesional adecuada, puede ser una solución para la escasez de psiquiatras

funcionario. Es necesario intensificar los contactos con las facultades de medicina más cercanas a los HPP para convenir la mejor forma de que haya una rotación por ambos hospitales de especialistas en formación, vía Médico Interno Residente (MIR), Psicólogo Interno Residente (PIR), Terapia ocupacional y Enfermería entre otras.

3-Evitar la falta de personal asistencial de primera línea.

Es preciso incrementar los recursos en algunas categorías y crear otras nuevas. En el H.P de Sevilla se considera imprescindible la creación de plazas de terapeutas ocupacionales, en el de Alicante, hace falta un mayor número de distintos profesionales como se detalla más abajo.

El modelo de adecuación de plazas se hará de acuerdo a este esquema:

Hay que arbitrar las medidas que permitan aumentar progresivamente los “cuidadores psiquiátricos” como personal auxiliar

CATEGORÍA	Trabajadores por centro			
	ALICANTE		SEVILLA	
	Actualmente	Futuro	Actualmente	Futuro
Psiquiatras	5	7	4	4
Médicos	4	4	4	4
Farmacéutico	1	1	1	1
Superv. de Enfermería	3	3	4	4
Enfermeros	10	10	8	8
Auxiliares enfermería	32	45	25	25
TEL	0	0	1	1
Celadores	32	32	23	23
Psicólogos	4	7	1	1
Educadores	6	7	2	2
Terapeutas ocupacionales	0	5	3	5
Trabajadores sociales	4	7	2	2
Monitores deportivos	0	2	0	0

Las cifras de la izquierda corresponden con la RPT actual y las de la derecha con la propuesta hecha desde los HPP.

En el HP de Alicante se plantea como novedad totalmente necesaria en materia de personal, el incremento del número de Auxiliares de Enfermería. Como solución muy positiva parece la promoción de los actuales celadores que se encuentran en un número de 32 pasando a Auxiliares, con lo cual quedaría mitigada en parte la necesidad de este personal. Los actuales celadores hacen funciones no claramente definidas y muy solapadas con las de los Funcionarios de Vigilancia y los Auxiliares. En los actuales Hospitales Psiquiátricos civiles (Unidades de Rehabilitación Psicosocial) se han unificado los antiguos celadores en Auxiliares de Enfermería.

4- Evitar la sobreocupación

Sin duda este es el principal problema actualmente en el sistema penitenciario en general, pero es especialmente grave en los dispositivos de hospitalización de enfermos mentales como los HPP.

En países europeos de nuestro entorno, la proporción de camas psiquiátricas destinadas a enfermos sometidos a medidas de seguridad que requieren recursos asistenciales con medidas de contención, son una media de 9 camas por cada mil personas recluidas⁷. En España, a pesar de que se supera esta tasa ampliamente, sin embargo desde hace años hay sobreocupación en los dos hospitales. La hipótesis es que hay un alto número de estos enfermos ingresados inadecuadamente, en parte porque la principal puerta de entrada es la vía judicial, sin que haya un criterio uniforme para acordar estos ingresos, y en parte porque la derivación a recursos asistenciales extrapenitenciarios de aquellos enfermos que podrían beneficiarse de estos recursos, encuentra mucha resistencia de las CCAA responsables de estos servicios.

Hay que acercarse al perfil ideal de enfermos a ingresar y facilitar la derivación a recursos comunitarios, de todos aquellos enfermos cuyo proceso de rehabilitación

La principal puerta de entrada es la vía judicial, sin que haya un criterio uniforme para acordar estos ingresos. Los servicios socioasistenciales de la mayoría de las CCAA mantienen una total resistencia a acoger a estos enfermos

se beneficiaría de esta derivación, sin poner en riesgo su integridad física o la de cuantos les rodean.

El objetivo es mantener 158 camas hábiles de capacidad máxima en el H. P. de Sevilla y 371 en el de Alicante (capacidad eficaz según sus responsables).

CAMAS PSIQUIÁTRICAS PENITENCIARIAS (Año 2005)		
PAÍS	CAMAS PSIQUIÁTRICAS Nº ABSOLUTO	CAMAS PSIQUIÁTRICAS ‰ INTERNOS
Austria	25	3
Dinamarca	127	30.6
Francia	94	8.3
Holanda	269	15.1
Inglaterra y Gales	0	0
Islandia	0	0
Irlanda	0	0
Italia	76	1.8
Luxemburgo	18	23.2
Noruega	0	0
Portugal (2004)	27	2.2
Polonia	222	3.1
Suecia	55	8.2
España	529	13.5

*Tabla procedente del Informe EUPRIS ⁷ completada con datos propios, cuando aparece 0 en la casilla correspondiente, significa que todas las camas pertenecen al Sistema de Salud extrapenitenciario.

Es importante definir el tipo de pacientes subsidiarios de ingresos en dichos establecimientos, que idealmente deberían ser los pacientes inimputables o semiimputables con enfermedad mental grave y con alto riesgo de conducta violenta, que requiere alta contención y no es posible su tratamiento en otro lugar. Debería ser el propio hospital, o un dispositivo ambulatorio externo, pero actuando con criterios objetivos, el que tuviera la

Sería ideal poder consensuar criterios clínicos objetivos de alta, de los enfermos que no precisen ya medidas de contención y sean por tanto derivables a otros recursos ambulatorios no penitenciarios

capacidad de decidir quién debe ingresar y quién no. De igual forma sería ideal poder establecer criterios de alta hospitalaria, de los enfermos que no precisan ya medidas de contención y son por tanto derivables a otros recursos.

Las características que este tipo de instalaciones deberían ser según los expertos:^{10 16}

- Hospital dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias pero vinculado funcionalmente con la asistencia extrapenitenciaria, de los servicios de salud, con relaciones funcionales permanentes y convenios de colaboración.

- Reconocimiento como Centro de Referencia para un tipo de pacientes: Recurso Asistencial de máxima contención con calidad de asistencia acreditada.

- Hospital de orientación socioasistencial o socioasistencial.

La misión es ofertar “salud global” para el reencuentro de nuevo con la Sociedad, mediante la individualización del tratamiento, asistencia integral y personalizada.

Es claro, que aun siendo obligación de la Institución Penitenciaria velar por la vida, integridad y salud de los internos² no puede transformarse en una institución sanitaria que supla la deficiencia de recursos asistenciales especializados en la comunidad, sino que debe jugar un papel subsidiario o de apoyo para personas con medidas de seguridad de larga duración por delitos muy graves. Un determinado tipo de pacientes cuyo perfil debe ser consensuado por las administraciones públicas sanitarias penitenciarias, y judiciales, en general aquellos enfermos con un Trastorno Mental Grave, con elevado riesgo de conductas violentas, sobre los que pesa una medida de seguridad de internamiento.

Es preciso por tanto elaborar una estrategia de concienciación dirigida a la Judicatura, Autoridades Sanitarias, Comunidades Autónomas, Asociaciones de familiares, sociedad en general, sobre el papel que deben jugar los Centros Psiquiátricos Penitenciarios y la necesidad de disminuir la sobreocupación que sufren en estos momentos; teniendo en cuenta que el objetivo de los hospitales psiquiátricos penitenciarios es puramente

Es preciso elaborar una estrategia de concienciación dirigida a la Judicatura, a los Gestores Sanitarios de las CCAA, a las Asociaciones de familiares y a la sociedad en general, sobre la necesidad de disminuir la sobreocupación en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

asistencial y que esa asistencia es más difícil en condiciones de saturación de los recursos.

En principio, se debiera reservar el ingreso en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios a quienes tengan un perfil cercano a las características siguientes:

- Psicóticos con psicopatología de la percepción y trastornos del pensamiento evidentes.
- Fracaso de medidas terapéuticas previas.
- Incapacidad para adaptación al régimen de un psiquiátrico civil.

Con carácter general se trata de un hospital para el cumplimiento de:

- Medidas de Seguridad como consecuencia de la comisión de delitos graves.
- Medidas de Seguridad de más de cinco años.
- Enfermos pendientes del cumplimiento de Medidas de Seguridad que han fallado en su adaptación a los Hospitales Psiquiátricos Públicos o tratamientos involuntarios.

Debería evitarse el internamiento en nuestros Hospitales de pacientes cuyo principal trastorno sea la toxicomanía, el trastorno de personalidad o el retraso mental. Valorando en cada caso la presencia de patología dual grave.

La SGIIPP propiciará un grupo de trabajo con el Consejo General de Poder Judicial, para informar a los Jueces sobre los criterios para el ingreso de los enfermos sometidos a medidas de seguridad en los HPP, de manera que sean más uniformes y con mayor peso clínico, y que se acerquen progresivamente al ideal del perfil del enfermo que se beneficia de los servicios que estos recursos pueden proporcionar.

Es importante también conocer qué variables han influido para que un enfermo mental, cometa un delito y acabe en el sistema penitenciario. Empíricamente distintos factores se muestran con alguna importancia causal en este hecho, la marginalidad, el tipo de patología mental, la falta de asistencia adecuada, etc. Sin embargo, es preciso conocer con más exactitud, de que manera interviene cada uno de estos factores y si hay algún otro que, a priori, no aparezca como determinante, y tenga

¿Qué variables han influido para que un enfermo mental, cometa un delito y acabe en el sistema penitenciario?

importancia en la carrera clínico-social de estos enfermos, que en cierto momento abandonan el itinerario asistencial de su enfermedad para entrar en el jurídico-penal.

El estudio de estos factores servirá para diseñar un plan preventivo que evite esta desviación siniestra por la que un enfermo mental, considerado no responsable por los tribunales, permanece en el sistema penitenciario, donde difícilmente se le pueden facilitar recursos para su adecuada rehabilitación. Uno de los factores que se muestran decisivos, es la descoordinación entre todas las administraciones que tienen alguna responsabilidad en el itinerario de este enfermo.

La Coordinación de Sanidad Penitenciaria ha convocado en unas comisiones informales, a representantes de cada una de estas administraciones, judicial, sanitaria, social y penitenciaria, junto a un representante de la Federación de Familiares de Enfermos Mentales de España, para constituirse en grupo de trabajo donde se estudien todos los casos de enfermos mentales incluidos en el sistema penitenciario, en la Comunidad Autónoma donde se ha constituido la comisión. Se han creado ya algunos de estos grupos de trabajo en sus respectivas CCAA para analizar qué variables han intervenido y en que medida, pueden explicar la situación de los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad en el sistema penitenciario. La intención es prevenir en el futuro estos casos, minimizando el riesgo de que se reproduzca la misma situación.

Respecto a la dificultad de derivación, los enfermos mentales ingresados en los psiquiátricos penitenciarios soportan un fuerte estigma social, porque, por una parte son enfermos mentales y por otra, han cometido un delito. Este doble estigma es en buena medida el responsable del rechazo que dificulta su proceso de reinserción social y su adecuado tratamiento clínico. El resultado es que aproximadamente un 30% de los enfermos ingresados en los HPP, no cumplen criterios clínicos para que la atención que se les presta en estos recursos les sea útil, cuando no claramente perjudicial.

Es importante desarrollar actividades que luchen contra esta realidad y contra la propia inercia que se genera en el trabajo de los profesionales de los HPP encargados de la rehabilitación de estos enfermos, que ven que su trabajo

El 30% de los enfermos ingresados en los HPP no cumplen criterios clínicos para que la atención que se les presta en estos recursos les pueda ser útil

difícilmente se materialice en una derivación extrapenitenciaria.

5- Mejora de las habilidades asistenciales de todo el personal de los HPP

Es imprescindible que todo el personal que trata diariamente con los enfermos en los HPP reciba una formación específica que facilite su relación con los pacientes y mejore sus capacidades asistenciales.

Se establecerán convenios con las instituciones pertinentes, para ofrecer este tipo de formación a todos los trabajadores de los HPP, consensuando con ellos y de acuerdo con la dirección de los centros, el calendario y horario de la formación.

De igual forma, los equipos directivos de los HPP enviarán las necesidades de formación que consideren adecuadas para el personal de sus centros lo antes posible, para establecer el correspondiente plan de formación continuada.

6- Mejora de las Instalaciones

Con objeto de adecuar los espacios a las funciones asistenciales, se diseñará por parte de los equipos directivos, en el menor plazo de tiempo posible una lista priorizada de obras que se considere necesario acometer en los HPP. Este plan de obras se tramitará por los procedimientos habituales en la SGIIPP para darle cumplimiento a la mayor brevedad posible.

La posibilidad de mejora de las infraestructuras, debe ser tenida en cuenta para equiparar el esfuerzo inversor hecho en estos años en el resto del sistema penitenciario. Todo ello siempre en función de la situación presupuestaria general.

La singular función de este tipo de recursos a mitad de camino entre lo asistencial y lo custodial, debería

Mejores infraestructuras aumentarían la calidad de la atención y serían una oportunidad para ofrecer un cambio estructural cualitativo en este tipo de recursos

obligar a un esfuerzo imaginativo de las administraciones implicadas en el ejercicio de estas funciones.

7 - Mejora de Criterios de calidad asistencial consensuados y de indicadores de medida de esos criterios.

Hay disponibles una serie de datos que reflejan aspectos de las actividades de ambos HPP, sin embargo se echa de menos un enfoque mediante sistemas de monitorización que recojan y analicen de forma continuada y sistemática una serie de datos (indicadores) de las principales áreas de actividad del Hospital, es decir de sus procesos clave. Esto permite poner en marcha los cambios o las mejoras que se consideren necesarias cuando se identifiquen situaciones problemáticas o susceptibles de mejora y comprobar de forma continuada la efectividad de dichos cambios.

Se ha creado un equipo de trabajo con profesionales de ambos HPP y miembros del Centro directivo para llegar a determinar los criterios de calidad, sus indicadores y en general el desarrollo de un plan de calidad integral para los HPP, que entre otras cosas estimule el trabajo con protocolos, dentro de una actividad planificada hacia las líneas de mejora que se consideren prioritarias.

En enero de 2009 se comenzó un programa de formación en metodología de calidad asistencial y elaboración de criterios e indicadores de calidad para los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

La mejora de la calidad se puede entender como el establecimiento de cuál debe ser, en cada momento, la práctica correcta a la luz de los conocimientos actuales, comparándola con lo que estamos haciendo, identificando si existen problemas y sus motivos, aplicando los cambios necesarios para mejorarlo y finalmente comprobando si son efectivos los cambios introducidos.

Calidad es saber cuál debe ser, la práctica correcta según los conocimientos actuales, y compararla con lo que estamos haciendo

Se está desarrollando una metodología específica para medir la calidad asistencial que se debe prestar en un psiquiátrico penitenciario

Para mejorar la calidad existen diferentes estrategias: entre las más utilizadas están los enfoques dirigidos a la resolución de problemas, el enfoque para monitorización de las funciones clave de la organización, el abordaje de manera transversal de procesos de atención de determinadas patologías y / o problemas relevantes, etc. El programa actual para la mejora de los criterios de calidad, se ha centrado en la metodología de la monitorización de los indicadores de calidad, ya que supone un instrumento de mejora para los centros, bien sea a través de la autoevaluación o bien de un sistema de evaluación externa.

Los pasos a seguir para diseñar un sistema de monitorización para la evaluación de calidad comienzan por definir las grandes dimensiones que habrá que evaluar y las áreas relevantes y diseñar y construir los indicadores correspondientes de manera consensuada. Hasta el momento se han identificado una serie de criterios de calidad asistencial psiquiátrico-penitenciaria, que se presentan en el cuadro anexo, de manera priorizada. Aunque no ha terminado el programa de identificación de estos criterios, es probable que no se modifiquen de manera sustancial, por lo que hemos preferido incluirlos ya en este documento.

Un aspecto que incide directamente en la mejora de la calidad asistencial es la implementación de un sistema de historia clínica digital, diseñada específicamente para los cuidados de los pacientes psiquiátricos ingresados en este tipo de hospitales.

Indicadores de calidad asistencial priorizados

Nº	Nombre del indicador	Tipo	Estándar
1	Evaluación inicial multidisciplinar	Proceso	90%
2	Evaluación de las AVD	Proceso	90%
3	Evaluación psicopatológica del paciente con la escala PANSS	Proceso	80%
4	Evaluación de calidad de vida percibida	Proceso	80%
5	Plan individualizado de rehabilitación (PIR)	Proceso	100%
6	Actualización del plan individualizado de rehabilitación	Proceso	85%
7	Contenciones físicas seguras	Proceso	100%
8	Protocolo de información a familiares de pacientes	Estructura	100%
9	Documentación del paciente unificada	Proceso	90%
10	Informe de alta completo	Proceso	90%
11	Cumplimiento de plazos en la remisión de informes	Proceso	80%
12	Consentimiento informado para procedimientos de riesgo	Proceso	100%
13	Mejora psicopatológica (FBF-3)	Resultado	65%
14	Formación inicial de los profesionales	Proceso	95%
15	Formación continuada de los profesionales	Proceso	60%

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

AVD : Actividades de la vida diaria

FBF-3. Inventario psicopatológico de Frankfurt, versión 3

IV.- CONCLUSIONES

Después de las evidencias que se describen en este informe de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, esta unidad hace una serie de propuestas de actuación en los campos que se han mostrado como más necesitados de mejora. Algunas de estas recomendaciones ya están en marcha en el momento en el que este documento se publica, otras necesitan una mayor planificación y recursos y otras son recomendaciones que exceden el ámbito de la sanidad penitenciaria e incluso el del sistema penitenciario, por lo que se precisa la colaboración de otras administraciones para llevarlas a cabo. El sistema actual de tratamiento de la enfermedad mental en la comunidad tiene una repercusión muy importante y grave, tanto en las familias como en los enfermos, a los que se abandona a su suerte y su situación se agrava todavía más, si estos cometen delitos a causa de su enfermedad, convirtiendo a la Institución Penitenciaria en su único recurso.

1. La administración penitenciaria no tiene ni una misión, ni una visión, ni unos valores convergentes con los de la administración sanitaria, por lo que sus actuaciones nunca pueden considerarse como propias de un recurso sanitario especializado, que es lo que necesitan estos enfermos.
2. La realidad es que este tipo de enfermos requieren unos dispositivos que combinen una adecuada contención con unos medios asistenciales especializados capaces de proporcionar las condiciones para su curación y rehabilitación. Este tipo de recursos en este momento son muy escasos, por eso, una posible solución para estos enfermos es emplear todas las posibilidades asistenciales tanto las de corte más terapéutico como las de mayor contención que hoy por hoy dependen de diferentes administraciones. Para estos enfermos, se debería disponer tanto de recursos terapéuticos y de rehabilitación especializados, como de recursos en los que prime la contención y la vigilancia, en la proporción adecuada y en el momento concreto de evolución de su proceso mental, con la agilidad y la eficacia que requieren estos cuadros mediante una adecuada coordinación entre ellas y el sistema judicial.
3. En este informe se mencionan las diferencias entre los enfermos mentales que se encuentran cumpliendo una condena en el sistema penitenciario y los que lo están exclusivamente como consecuencia de su trastorno mental, al cometer un acto delictivo del que no han sido declarados responsables. En ambos casos la institución penitenciaria

recurre a las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹ para su tratamiento.

4. Desde la Institución Penitenciaria se apoyan los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental, promoviendo la autonomía de los enfermos, la continuidad de sus cuidados, la accesibilidad de los mismos, basándolos siempre en una actuación multiprofesional que abarque a todos los problemas de salud en su conjunto, fomentando la equidad en los cuidados, dirigiendo el tratamiento a la recuperación social del enfermo y buscando la corresponsabilidad de todas las instituciones involucradas en su rehabilitación. En resumen, buscando siempre la máxima calidad de la asistencia.

Después de la Reforma Psiquiátrica, la tasa de camas en hospitales dedicados de manera monográfica a la atención de los problemas de salud mental sigue cayendo y no se piensa en una alternativa a la institución penitenciaria para los enfermos que necesiten este tipo de camas en el marco de un proceso judicial. Es evidente que en España, como en todos los países europeos de nuestro entorno, será necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de un número adecuado de estas plazas, al menos para los enfermos que por mandato judicial, deban permanecer en ellas el tiempo preciso para su estabilización, antes de acceder a recursos con un mayor potencial rehabilitador. Soluciones imaginativas que han probado ya su eficacia, como los Equipos de Salud Mental Asertivos Comunitarios, para atender a los enfermos en sus domicilios, podrían paliar también la falta de recursos que han obligado a las familias a asumir gran parte del peso asistencial de estos enfermos. Los pacientes con enfermedades mentales crónicas, que en otro tiempo utilizaban centros sanitarios de larga estancia, ahora son transeúntes y foco de conflictos en un medio familiar y social cada vez con menor capacidad de soporte. En una frecuencia no despreciable acaban en la cárcel. Para algunos autores las cárceles se han convertido en los nuevos manicomios del siglo XXI.

5. Que sea la Institución Penitenciaria la que tenga que tratar a estos enfermos mentales graves hasta que se extinga la medida de seguridad a la que fueron sentenciados, sin que se les permita acceder a un recurso de la red sociosanitaria, que es donde pueden rehabilitarse, puede entenderse como un fracaso de la justicia, ya que nada punible han hecho, como un fracaso del sistema nacional de salud, que permite su doble estigmatización como enfermos mentales y como reclusos, y en definitiva es un fracaso de toda la sociedad como baluarte de valores humanos.

6. Por todo lo anterior cabe pensar que la solución a este problema cuando se afronta en el momento en el que es preciso contar con una asistencia especializada dentro de prisión y con una necesaria coordinación interinstitucional, resulta mucho más complicada que si la solución se aborda antes, intentando romper el círculo, marginación - enfermedad – prisión - marginación.
7. Es especialmente necesario reflexionar sobre la efectividad de las medidas de prevención, siempre precisas en el campo de la salud pública, pero de una eficiencia formidable en este determinado caso. Cuando la evolución de una enfermedad mental puede entrar en colisión con la justicia, se debe intervenir cuanto antes. Cuanto más temprana sea la iniciativa a tomar, mayor posibilidad de éxito tendrá, evitándose la estigmatización del enfermo, los costes sociales del proceso judicial y policial, los costes personales de las víctimas, los del encarcelamiento para el enfermo y sus familiares, tanto en el campo económico como emocional, en definitiva se pone en juego todo lo que supone elegir un camino que conduce a la resocialización y la curación, en lugar del que conduce a una senda de marginación, enfermedad y castigo.
8. El objetivo es evitar un comportamiento delictivo, a menudo único y sorprendente, causado por la falta de detección de un proceso mental, por la ausencia de tratamiento y/o de seguimiento, que acaba en el rebrote de un proceso crónico.
9. La aplicación insensible y automática de los resortes legales, llevará al cumplimiento de lo establecido en la norma, pero no al objetivo final de esa norma, la curación de un enfermo y con ella la evitación de la reincidencia.
10. Es muy cierto que la disponibilidad del Sistema Penitenciario para coordinarse con los servicios médicos, marcará el principio de la solución definitiva del importante problema que supone el incremento de la enfermedad mental grave entre los reclusos.
11. Si un delito ha sido cometido a consecuencia de un comportamiento causado por una enfermedad mental mal controlada, es evidente que para que no se repita, el castigo no es la solución, sino más bien el mejor control de la enfermedad. No debe tampoco confundirse una correcta derivación de un enfermo mental sometido al sistema judicial y penal, con una situación de impunidad. Una vez que el tribunal considera que la prevención particular y general del delito han sido

cubiertas, el cambio en una pena o en una medida de seguridad, debe buscar la rehabilitación social y la evitación de la reincidencia.

12. Cuanto mayor sea el componente multidisciplinar del recurso asistencial al que se deriva al penado, mayor necesidad de coordinación, flexibilidad y agilidad es necesaria en las administraciones públicas para alcanzar la correcta senda que lleva a la rehabilitación, sobre todo en casos complejos, como son la mayoría de los enfermos que acaban en el sistema judicial. Todo ello teniendo además siempre en cuenta que esta decisión debe guardar un correcto equilibrio entre los derechos del sentenciado, de la víctima y del conjunto de la sociedad, a la que se debe mantener dentro de unos niveles apropiados de seguridad.
13. Tal vez, el desarrollo y la generalización en los servicios de salud mental de las CCAA del modelo de “tratamiento asertivo comunitario”, pueda paliar el grave problema del abandono por parte de los enfermos crónicos de su tratamiento, algo que están en la raíz de muchos de estos casos.
14. La coordinación de todas las actuaciones asistenciales para este tipo de enfermos, persigue proveer prestaciones integradas, maximizando la eficiencia y garantizando la continuidad longitudinal de cuidados. Los mecanismos que facilitan la coordinación pueden ser organizados transversalmente desde las necesidades de las instituciones, o longitudinalmente, desde las necesidades de los usuarios. El objetivo será siempre promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.
15. La Institución Penitenciaria está promoviendo la creación de grupos de trabajo, las Comisiones de Análisis de Casos en distintas CCAA, que están encargados, entre otras tareas, de estudiar la metodología más adecuada para facilitar la coordinación entre las administraciones y organizaciones con responsabilidades en la recuperación de estos enfermos.
16. Por último, la conclusión final de este trabajo es la incompatibilidad entre el término penitenciario y el concepto que persiguen todas las mejoras para la asistencia de los enfermos ingresados en un Hospital planteadas en este documento, que es de la adecuada rehabilitación de la enfermedad mental. Estos enfermos aunque dependen de la Institución Penitenciaria, lo están a causa de una medida de seguridad, lo que implica falta de responsabilidad y por tanto ausencia de pena. La

propuesta consiguiente es el cambio de nombre de este tipo de recurso asistencial para que deje de conocerse como Hospital Psiquiátrico Penitenciario y en todo caso pase a denominarse Hospital Psiquiátrico dependiente de la administración penitenciaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf (Consulta abril 2009)
- ² Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria
- ³ Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098694 (Consulta Julio 2010)
- ⁴ Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.Tanbe, C.A.: Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 1981; 32: 22.
- ⁵ Programa de Atención Integral al Enfermo mental en Prisión PAIEM.
http://www.institucionpenitenciaria.es/opencms/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf (Consulta Agosto 2010)
- ⁶ Ley Orgánica 15/2003 de 25 de Noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre del Código Penal.
- ⁷ Salize H J, Dreßing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). European Commission. Central Institute of Mental Health J5 D-68159 Mannheim Germany October 31, 2007
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf (Consulta Agosto 2010)
- ⁸ Gómez Tato I. Atención sociosanitaria y atención mental *Rev Adm Sanit* 2005;3(2):273-86
- ⁹ Dirección General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio Sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. Diciembre 2006. Documento Interno
- ¹⁰ Rutherford, M - Duggan, S. El Centro Sainsbury de Salud Mental. Los Servicios Forenses de Salud Mental en Inglaterra y el País de Gales. *Rev Esp Sanid Penit* 2008; 10: 11-22
- ¹¹ Van't Hoff G, de Looff J, Latooij H. Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda *Rev Esp Sanid Penit* 2009; 11: 41-47
- ¹² Priebe S, Badescoconyi A, Fioritii A, Hansson H, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:123-126
- ¹³ Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber CL, Martinez-Leal R, et al Mental Health Care Institutions in nine European Countries , 2002 to 2006. *Psychiatric Services*.2008;59:570-573
- ¹⁴ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- ¹⁵ García González J. Modelos de Atención comunitaria en salud mental: críticas e insuficiencias . En García González J, Espino Granado A, Lara Palma L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* Madrid Ediciones Díaz de Santos. 1998 : 41-46
- ¹⁶ Sales, B. McKenzie, N. Time to act on behalf of mentally disordered offenders, *i British Medical Journal*, 2007; 334: 1222.