

EDITORIAL

La atención a la salud mental en los diferentes ámbitos de la ejecución penal: ¿qué modelo necesitamos?

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, propugna el carácter universal del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria en condiciones de igualdad para todos los beneficiarios. Asimismo, plantea la necesidad de traspasar los servicios sanitarios penitenciarios al sistema sanitario general, con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial, la equidad y la gestión clínica.

El principio de equivalencia de cuidados para las personas sometidas a la ley penal nace del hecho de que la sentencia penal no implica en ningún caso la suspensión del derecho a la salud, aunque para ejercerlo en la práctica se deben adecuar las peculiaridades de la prestación sanitaria a las especiales características del entorno penitenciario, según los diferentes ámbitos de ejecución penal.

Desde hace décadas se conoce internacionalmente la altísima prevalencia de trastornos mentales y adicciones en el medio penitenciario, y los estudios recientes parecen confirmar que la tendencia es más bien al incremento. El estudio EUPRIS¹ de la Comisión europea (2007), a pesar de la gran heterogeneidad existente entre los 24 países europeos participantes, así parece constatarlo. Los dos recientes estudios realizados en el estado español^{2, 3}, coinciden en señalar que entre el 25 y el 27% de los internos en centros penitenciarios españoles presentan un trastorno mental, con o sin adicción. En el estudio de Vicens y cols³ se constata un 4,2% de personas con diagnóstico de psicosis. Si sumamos también la adicción activa sin otro trastorno mental, la prevalencia total se acerca al 50% de los internos. Además de las tasas de prevalencia citadas, un 47% de los internos cumplen criterios de personalidad antisocial según el famoso estudio de Fazel y Danesh⁴, aunque Vicens y cols. dan cifras de rasgo significativo de trastorno de personalidad para casi el 80% y de riesgo suicida para el 35%. Estos datos sin duda dan cuenta no sólo de la enorme frecuencia de la enfermedad mental en las prisiones, sino también de la gran complejidad —la comorbilidad— de los casos.

Son muchos los factores que parecen explicar esta realidad: factores culturales como el énfasis en la

seguridad por parte de la población, factores sociales como la relación entre la pobreza y la delincuencia o los trastornos mentales, factores asistenciales como la disminución de camas psiquiátricas o la falta de una relación más integral entre la red de salud mental, la sanidad penitenciaria, la psiquiatría forense y el sistema judicial⁵. En cualquier caso, no parece que el factor principal sea atribuible a una supuesta mayor peligrosidad de las personas con trastorno mental grave. Dejando de lado el trastorno antisocial, estudios como el NESARC⁶ y otros⁷ han demostrado que la relación entre enfermedad mental y violencia es poco significativa. Solamente la asociación con abuso de tóxicos, acontecimientos vitales estresantes y antecedentes de violencia, hace que una determinada patología mental supere la probabilidad media de cometer un delito violento.

En cuanto a los sistemas de atención, el citado estudio EUPRIS también pone de manifiesto la gran heterogeneidad existente en Europa. De hecho, los autores incluso llegan a quejarse de la imposibilidad de convenir en la definición de *cama psiquiátrica penitenciaria*, un dato sobre el que, por cierto, España no se pronuncia.

En Catalunya, los profesionales de rehabilitación del sistema penitenciario atendieron durante el año 2009 un total de 2.938 personas diferentes (29% del total) en tratamiento por drogodependencia. En algunos centros, casi el 20% de los internos fue atendido por especialistas de salud mental a lo largo del año, y se realizaron 44 interconsultas con Atención Primaria por cada 100 internos. Durante el año se produjeron 5,8 altas de hospitalización psiquiátrica por cada 100 internos en los centros de Barcelona con camas psiquiátricas⁸.

En los centros educativos cerrados de Justicia Juvenil, con 168 plazas en total, se realizaron 1.814 intervenciones desde la red de salud mental, lo que significa casi 11 intervenciones por año y plaza, y más de 300 jóvenes de régimen abierto fueron tratados ambulatoriamente.

Al final de ese año, había 261 personas cumpliendo una medida de seguridad de internamiento, de

las cuales sólo 105 lo hacían en un centro hospitalario de media o larga estancia convencional. La evolución del número de medidas va paralela al incremento de sentencias de medidas penales alternativas. En el primer semestre de 2008 esta cifra fue de 4.743, y en el mismo periodo de 2009, de 7.908, con un incremento por tanto del 67%⁸.

Así vemos cómo la realidad expresada en los datos de prevalencia se traduce también en el alto consumo de recursos sanitarios: la prevalencia atendida puede llegar a ser 7 veces mayor que en la población general y la tasa de hospitalización se multiplica por 15.

Una muy dura realidad, como se ve, que hace muy difícil el cumplimiento en términos reales del citado principio de equivalencia. El proyecto PAIEM, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009)⁹ trata de dar un paso adelante, constituyendo equipos multidisciplinares funcionales por centro, generando iniciativas de formación y estructurando los programas de rehabilitación. También en Cataluña se ha avanzado en la puesta en marcha de un modelo de atención con diversos niveles, aunque aún no completado en todo el territorio. Sin embargo, en plena crisis económica y con la atención a la salud mental aún mal financiada en relación al conjunto del sistema sanitario, se hace difícil ser optimista respecto al abordaje efectivo del problema penitenciario. ¿Cómo debería ser, a nuestro juicio, dicho abordaje?

En el ámbito penitenciario, distinguimos un *primer nivel* situado en cada centro penitenciario, que incluye la atención primaria sanitaria y la atención especializada de salud mental y adicciones. La interrelación de los profesionales de uno y otro ámbito debe ser enfocada, como ocurre en la red pública convencional, a mejorar la capacidad resolutoria de los médicos y enfermeras de familia en relación a los trastornos mentales.

Atendiendo a la necesidad de adecuación al entorno concreto de un centro penitenciario, el equipo especializado multidisciplinar debe además, ocuparse del seguimiento de los casos graves (incluidas las adicciones), generar espacios de rehabilitación para los pacientes con trastorno mental severo y coordinarse con la red de servicios comunitaria para el seguimiento y la gestión del caso. A nuestro juicio, el equipo especializado debería contar con unas pocas camas de crisis, incluidas en la enfermería general, para casos que requieran una especial y breve vigilancia.

El *segundo nivel*, la atención hospitalaria especializada, debe dar servicio a un conjunto de centros, y debe constar de urgencias psiquiátricas centralizadas, tratamientos intensivos para hospitalización de agudos y para desintoxicación y situaciones de comorbi-

lidad orgánica. Este nivel debería incluir una Unidad pericial para valoración psiquiátrica forense.

Las unidades de rehabilitación intensiva, como *tercer nivel* del sistema, aunque no estuvieran en todos los centros, deben plantearse como servicios realmente sanitarios alternativos a las obsoletas enfermerías psiquiátricas tradicionales. También de este modo podrían hacerse cargo de las medidas de seguridad que requirieran de una mayor contención.

En cuanto a las medidas de seguridad, la red pública de salud mental y adicciones es el primer referente asistencial, tanto en las medidas de internamiento como en las de control ambulatorio, reservándose por los servicios sanitarios penitenciarios los casos que, mediante autorización judicial, requieran de medidas de muy alta seguridad.

Pero en contraste con la norma, nos hallamos aquí frente a una realidad enormemente contradictoria, pues mientras en la práctica judicial se sigue optando por tratar de agotar los períodos máximos de las sentencias, en el campo sanitario se lucha por evitar las largas institucionalizaciones de antaño. En este contexto es necesario un golpe de timón y un ejercicio de realismo entre el poder judicial y el mundo sanitario. Hace falta una mayor solidez y amplitud del tratamiento ambulatorio como substitutivo de las largas hospitalizaciones, y una estandarización que garantice una mayor seguridad en el proceso terapéutico.

Igualmente, se hace necesario mejorar la valoración psiquiátrica forense de las personas que, teniendo un trastorno mental significativo, han cometido un delito.

Con estos componentes fundamentales, el modelo organizativo debe basarse necesariamente en las necesidades clínicas del paciente y en los requerimientos de seguridad que cada caso necesite. El papel de los delegados de ejecución de medidas y la colaboración de los jueces resultan esenciales para el éxito del modelo.

En el ámbito de Justicia Juvenil es necesario incluir el apoyo a los servicios de asesoramiento y una adecuada oferta terapéutica para los adolescentes y jóvenes en régimen abierto que lo requieran.

Asimismo la red pública de salud mental y adicciones debe dar apoyo a los centros educativos de justicia juvenil, desplazando profesionales para las intervenciones necesarias.

La Unidad Terapéutica debe plantearse como un servicio de gestión estrictamente sanitaria y es fundamental para aquellos casos más complejos que requieran una atención en régimen residencial temporal del tipo de las comunidades terapéuticas.

A modo de conclusión, es necesario insistir en que la materialización del principio de equivalencia¹⁰, debido a las altas tasas de morbilidad presentes en los centros, implica un reto extraordinario para el sistema penitenciario y para el propio sistema de salud que debería ser, en definitiva, quien sin demasiada tardanza se hiciera cargo de la situación. De igual modo, deberían ser las mismas entidades proveedoras de salud quienes se ocuparan de la atención sanitaria de los centros. Se entiende que la atención del enfermo mental o de la persona con una dependencia crónica a sustancias tiene como último objetivo la integración del paciente en la comunidad y evitar la exclusión, y por tanto será siempre fundamental la coordinación con la red convencional extrapenitenciaria. Sea como fuere, y con las garantías judiciales adecuadas, la gestión de estos pacientes debería ser eminentemente clínica, incorporando la valoración continuada del riesgo y siguiendo un criterio de continuidad. Hay que impulsar dinámicas de integración asistencial mediante la coordinación y la articulación de los servicios que participan en la atención a la población penitenciaria. También las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden prestar un gran servicio en el entorno penitenciario.

Dr. Josep Ramos Montes
Director de Planificación de Salud
Mental y Adicciones.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salize HJ, Dressing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison System: Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS) Final report. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health; 2007.
2. Estrategia global de actuación en salud mental. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias; 2006.
3. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Jun 26. doi: 10.1002/cbm.815.
4. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002; 359: 545-50. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
5. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el mundo penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011; 13: 100-11.
6. Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(2): 152-61.
7. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and Schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*. 2002; 180: 490-5.
8. Subdirecció General de Mesures d'Execució Penal en la Comunitat: Memorias 2009. Barcelona: Departamento de Justícia, Generalitat de Catalunya: Area Penitenciària de Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 2010.
9. Protocolo de aplicación del Programa Marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) [Internet]. Madrid: Secretaría General de IIPP; 2009 [citado 9 Feb 2012]. Disponible en: www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf.
10. Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.