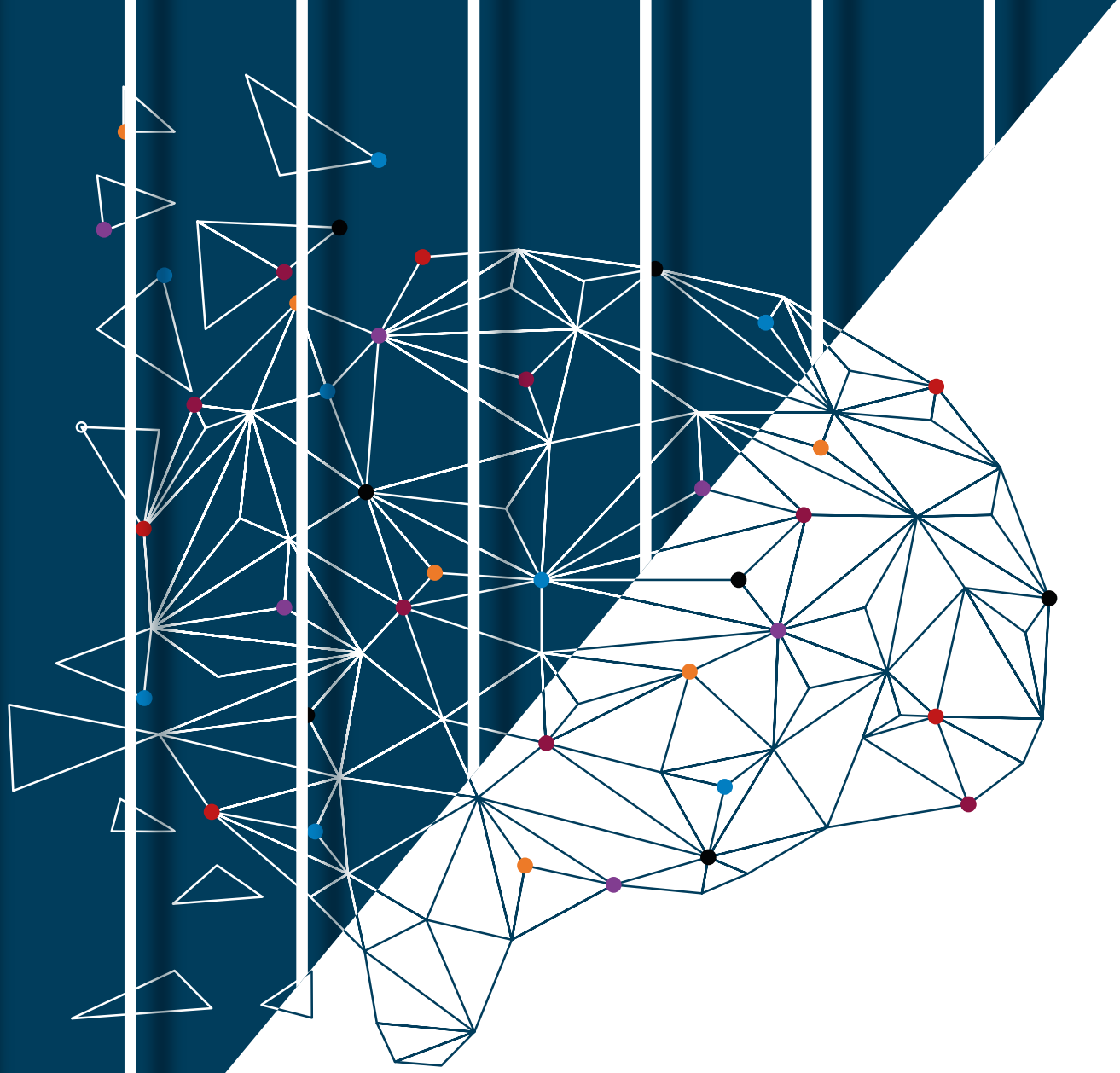


LIBRO BLANCO

SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE ESPAÑA

Versión revisada 2024

Sociedad Española de Psiquiatría Legal

SESP | Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Con la colaboración de:

SmartWorking4U

Janssen

Junio de 2023

Versión revisada: Septiembre 2024

© SEPL, Sociedad Española de Psiquiatría Legal; SESP, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Prohibida su reproducción total o parcial sin la correspondiente autorización de los autores a través de:

• Alfredo Calcedo Barba: alfredo@alfredocalcedo.net
• Joaquín Antón Basanta: quinoab@gmail.com
• Silvia Paz Ruiz: silvia.paz@smartworking4u.com

Por favor, citar este documento del siguiente modo:

Calcedo-Barba A, Antón-Basanta J, Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. Junio 2023

Autores

- **Alfredo Calcedo-Barba**, médico psiquiatra, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid; **Sociedad Española de Psiquiatría Legal**
- **Joaquín Antón Basanta**, médico penitenciario, Centro Penitenciario Albolote, Granada; **Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**
- **Silvia Paz Ruiz**, médico internista investigador, políticas sanitarias centradas en el paciente, SmartWorking4U

Revisores expertos

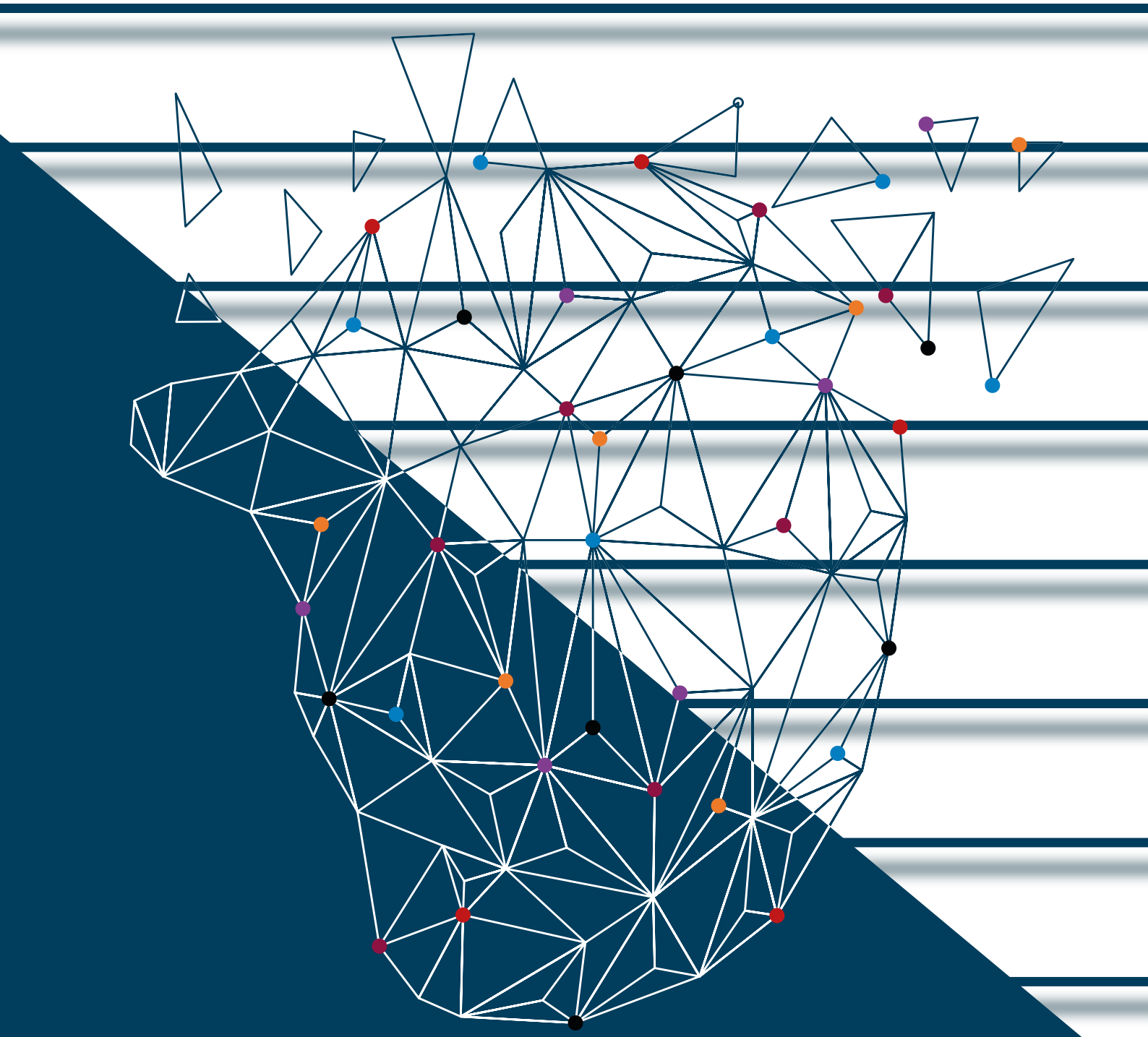
- **Ángeles López López**, médico psiquiatra (j), Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent, Alicante
- **Edorta Elizagarate Zabala**, médico psiquiatra, Servicio de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Álava; Centro de Salud Mental, Centro Penitenciario de Zaballa (Álava)
- **Álvaro Muro Álvarez**, médico psiquiatra, ex-responsable de los Servicios de Psiquiatría Penitenciaria de Barcelona
- **Miguel Mateo Soler**, ex-subdirector general de Ordenación, Farmacia e Inspección, Consejería de Sanidad, Cantabria
- **Miriam Celdrán Hernández**, farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria, Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent, Alicante
- **Luis Fernando Barrios Flores**, doctor en Derecho, Departamento de Estudios Jurídicos del Estado, Universidad de Alicante

Metodología, trabajo de campo y redacción de contenidos

- **Verónica Estévez Closas**, farmacéutica investigadora, SmartWorking4U

Diseño de portada, infografías e ilustraciones

- **Sara Fernández Paredes**, diseñadora y arte gráfico, SmartWorking4U



ÍNDICE

- **Aclaraciones** 6
- **Agradecimientos** 7
- **Introducción** 8
- **Capítulo 1.** Conceptos generales 12
- **Capítulo 2.** Métodos 28
- **Capítulo 3.** ¿Cuál es el número de personas judicializadas con un trastorno mental grave en el medio penitenciario? 50
- **Capítulo 4.** ¿Qué recursos sanitarios y sociales existen para el cuidado de la salud mental de las personas judicializadas con un trastorno mental grave en el medio penitenciario? 58
- **Capítulo 5.** ¿Cómo es la persona judicializada con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios ordinarios de España? 92
- **Capítulo 6.** ¿Cómo es la trayectoria asistencial de las personas judicializadas con un TMG en los centros penitenciarios ordinarios? 106
- **Capítulo 7.** Hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla: ¿de qué hablamos? 130
- **Capítulo 8.** ¿Cómo es la persona judicializada con necesidades altas de cuidados de su salud mental que ingresan en los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante o Sevilla? 146
- **Capítulo 9.** ¿Cómo es la Atención farmacéutica en el medio penitenciario? Perspectiva actual y de futuro 158
- **Capítulo 10.** Uso racional de fármacos psicotrópicos en el medio penitenciario: una buena práctica asistencial necesaria 174
- **Capítulo 11.** "Programa Puente Extendido" para la asistencia sanitaria y social en la comunidad de las personas con un trastorno mental grave con penas o medidas alternativas a la prisión 190
- **Capítulo 12.** Transferencia de competencias de sanidad penitenciaria al País Vasco: la experiencia de la transición de los profesionales sanitarios 206
- **Capítulo 13.** Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa (Álava): un modelo de referencia para la atención especializada en psiquiatría a las personas internas..... 224
- **Capítulo 14.** Modelo Catalán para la atención a la salud mental de las personas judicializadas: una referencia de integración de los cuidados 242
- **Conclusiones** 274
- **Recomendaciones para la acción** 284
- **Abreviaturas** 288

Aclaraciones

Este Libro Blanco refleja los resultados de una revisión extensa de la literatura, una encuesta estructurada, entrevistas individuales y grupos focales realizados entre septiembre de 2021 y diciembre de 2022 para conocer la situación de la atención sanitaria a las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en el entorno penitenciario de España. Resume los hallazgos epidemiológicos, de disponibilidad de recursos, análisis y recomendaciones de autores e informes oficiales, y describe los puntos de vista y experiencia de los entrevistados. De este modo, resume la situación actual, con sus retos y desafíos, propone recomendaciones para la acción y sintetiza soluciones adoptadas en otros países a problemas similares.

Los autores son respetuosos del uso inclusivo del castellano y de la diversidad lingüística que existe en España. No obstante, para facilitar la lectura del texto, se usa el masculino como genérico. En la medida de lo posible, se han priorizado formas alternativas e incluyentes que ofrece el castellano.

Para la denominación de las comunidades autónomas de España en las que coexisten oficialmente dos lenguas, se ha utilizado su nombre en castellano en el texto y se ha incluido la denominación oficial en mapas e ilustraciones.

Todas las siglas empleadas en este Libro Blanco han sido desarrolladas únicamente la primera vez que se han empleado y están recogidas en una tabla al final del documento.

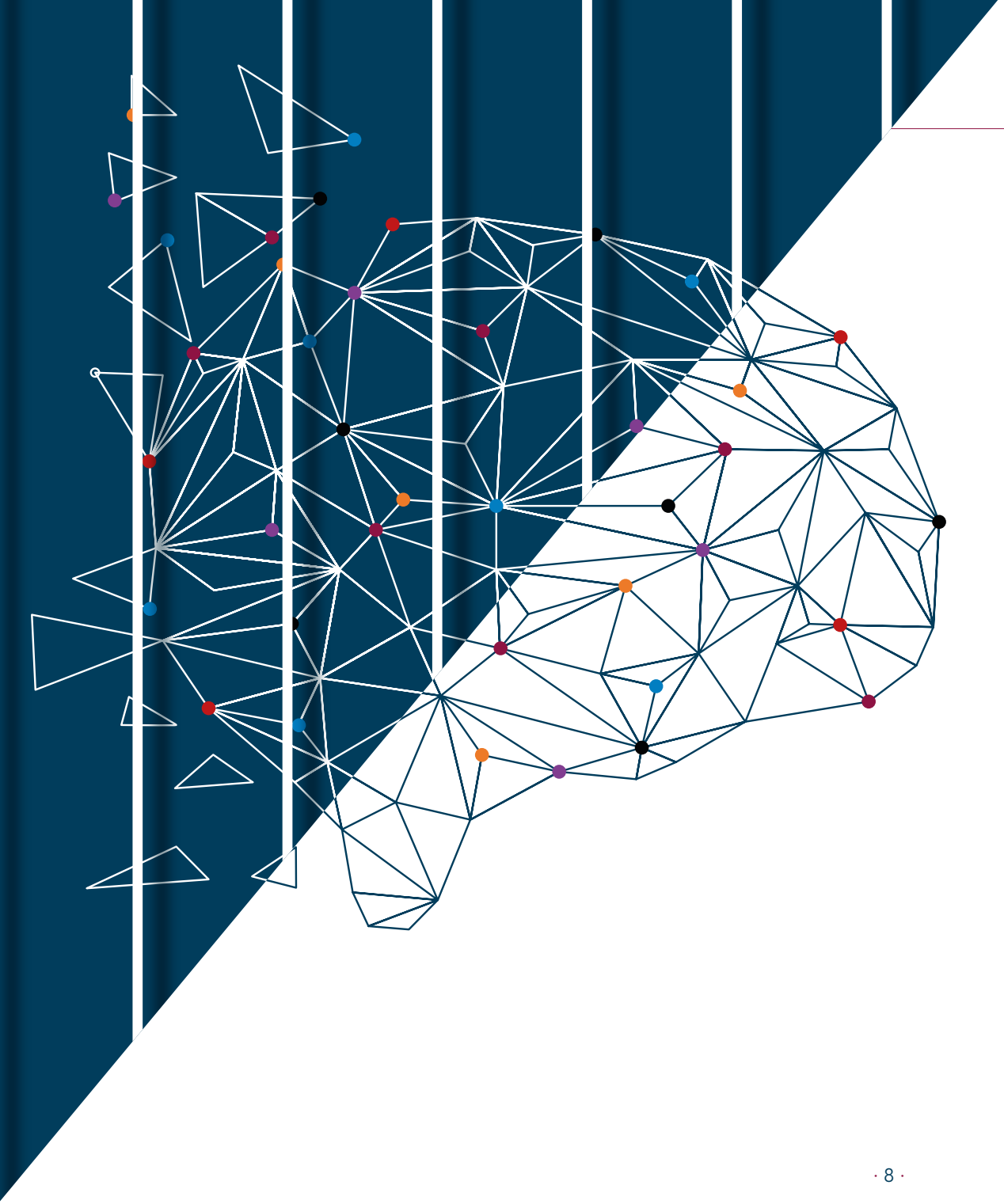
Agradecimientos

Los autores agradecen muy especialmente a todos los profesionales que participaron en los grupos focales y en las entrevistas individuales, dedicando su tiempo y compartiendo su experiencia voluntariamente y de forma altruista.

También agradecen a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias los datos aportados a través de la cumplimentación del cuestionario correspondiente.

Los autores agradecen a Janssen Pharmaceuticals que patrocinó e hizo posible este Libro Blanco mediante una *Educational Grant.*

Por último, los autores quieren reconocer y agradecer el apoyo que brindaron las respectivas Sociedades Científicas durante toda la realización de este proyecto.



INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria de las personas judicializadas con trastornos de su salud mental es un serio problema social y de salud pública al que se le ha prestado una atención dispar a lo largo del tiempo, tanto en España como en otros países europeos (1). Sin embargo, requiere una consideración especial por su magnitud apreciable. Los resultados de la *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias* (2022) muestran que el 34,8% (algo más de un tercio) de las personas internas refiere haber sido diagnosticada, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional, con una prevalencia mayor entre las mujeres (42,3%) que entre los hombres (34,3%), especialmente entre las mujeres de 35 a 44 años (46,9%) (2). Un porcentaje similar (32,2%) de la población penitenciaria manifiesta haber tenido ideas de suicidio alguna vez en la vida mientras que el 19,9% reconoce que ha intentado quitarse la vida alguna vez (25,4% mujeres y 19,5% hombres) (2). El 61,7% que refiere que ha tenido ideas de suicidio alguna vez en su vida, ha intentado suicidarse, siendo este dato más elevado entre las mujeres (65,8%) que entre los hombres (61,4%) (2).

En el entorno penitenciario, las personas con un trastorno mental grave (TMG) son especialmente vulnerables porque sufren síntomas psiquiátricos serios, frecuentemente incapacitantes; tienen un pobre estado general de salud y compromiso grave del funcionamiento social, y tienden a ser dependientes de otras personas cuidadoras para realizar actividades diarias básicas (3,4). Por lo tanto, se trata de un colectivo que se beneficia de atención sanitaria especializada.

El ejercicio de la medicina en el entorno penitenciario requiere conocer y aplicar elementos legales y normativos, además de los puramente clínicos y terapéuticos, y mantener una continua relación con el sistema judicial en la toma de decisiones que puedan afectar la vida o la salud de la persona judicializada. En España, la atención sanitaria en los centros y hospitales psiquiátricos penitenciarios cuenta con profesionales expertos en procedimientos regimentales y medicolegales, muy bien adaptados a las peculiaridades del entorno en el que desarrollan su actividad profesional. Sin embargo, en la mayoría de las comunidades autónomas (CCAA), la atención sanitaria en los centros y hospitales psiquiátricos penitenciarios tiene lugar en un contexto y dentro de una organización no sanitaria, regimental, en la que el cuidado de la seguridad es prioritario sobre el cuidado de la salud de las personas (5). Estas características diferencian totalmente la asistencia sanitaria penitenciaria de la asistencia sanitaria comunitaria.

Otro rasgo distintivo de la atención sanitaria penitenciaria es que su organización y funcionamiento está muy determinado por la institución, nacional o autonómica, que ejerce las competencias de sanidad penitenciaria. En España, en el año 2023, sólo Cataluña, País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra tienen sus competencias en sanidad transferidas y sus sistemas sanitarios, autonómicos y penitenciarios, integrados. En el resto de las CCAA, Ceuta y Melilla, sin sus competencias transferidas, la sanidad penitenciaria está a cargo de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, a nivel nacional. Este hecho genera diferencias significativas entre regiones que afectan tanto a la organización y estructuración

como a la gestión de los servicios sanitarios, en detrimento de los penitenciarios en las CCAA sin competencias transferidas.

En el año 2004, se hacía referencia en la literatura a la precariedad de la atención psiquiátrica en los centros penitenciarios, debido a la escasez de recursos sanitarios, estructurales y humanos, así como a la fragilidad de la red de atención sociosanitaria, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios (6). Esta situación vuelve a describirse en publicaciones más actuales (4,7,8).

Conocer la dimensión real de la situación de la atención psiquiátrica y sanitaria, en general, en el entorno penitenciario, alcanza más relevancia si se tiene en cuenta que, tal y como lo recoge el Libro Blanco de la Psiquiatría en España recientemente publicado (9), España es uno de los países con ratio de especialistas de Psiquiatría por cada 100.000 habitantes (12 psiquiatras por 100.000 habitantes) más bajas de Europa (ratio media en la región europea de entre 18 y 20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes). Además, la disponibilidad de especialistas en Psiquiatría es variable entre CCAA con una elevada dispersión. País Vasco, Cataluña e Islas Baleares tienen la ratio más alta, por encima de 11 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Asimismo, España se encuentra significativamente por debajo de la tasa media europea en cuanto a la dotación de camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría en la comunidad (9). Igualmente baja es la ratio de médicos de atención primaria operando en la comunidad en España que, en 2020, llegaba a 0,8 profesionales por cada 1.000 habitantes (10).

En este contexto de recursos limitados en el sistema público de salud que puede hacer más dificil la atención a los grupos de población más vulnerables, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) decidieron elaborar el *Libro Blanco sobre la Atención Sanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios de España* con el propósito de conocer el estado de situación de la atención sanitaria de las personas judicializadas con TMG en los centros y hospitales psiquiátricos penitenciarios españoles. El objetivo es evidenciar logros, desafíos, necesidades no satisfechas, hacer recomendaciones y proponer soluciones factibles que, desde la perspectiva de expertos, sirvan para la acción entre decisores políticos y la comunidad científica, e informen a la sociedad en general.

Este Libro Blanco se basa en métodos mixtos de investigación, cualitativos (entrevistas individuales y grupos focales) y cuantitativos (datos numéricos extraídos de informes oficiales, la literatura y un cuestionario estructurado), y se divide en 14 capítulos. Se describen conceptos generales que han de facilitar la lectura de los capítulos posteriores (capítulo 1); los métodos de investigación utilizados (capítulo 2); se presentan datos de prevalencia para conocer el tamaño de la población objeto de este estudio (capítulo 3); se denotan los recursos sanitarios y sociales que existen para el cuidado de la salud mental de las personas judicializadas con un TMG en los centros penitenciarios ordinarios (capítulo 4) y en los hospitales psiquiátricos penitenciarios (capítulo 7); se detalla del perfil de la persona judicializada con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios (capítulo

5), y en hospitales psiquiátricos penitenciarios (capítulo 8) así como la trayectoria asistencial que sigue más habitualmente en los centros penitenciarios ordinarios (capítulo 6). Los capítulos 9, 10 y 11 corresponden a buenas prácticas para la gestión farmacéutica, el manejo farmacológico en la consulta medica penitenciaria habitual, y la asistencia de las personas judicializadas con medidas alternativas a la prisión, respectivamente. Los capítulos 12, 13 y 14 hacen referencia a la transferencia de competencias de sanidad penitenciaria, y a modelos de implementación de servicios de atención psiquiátrica, referentes en España.

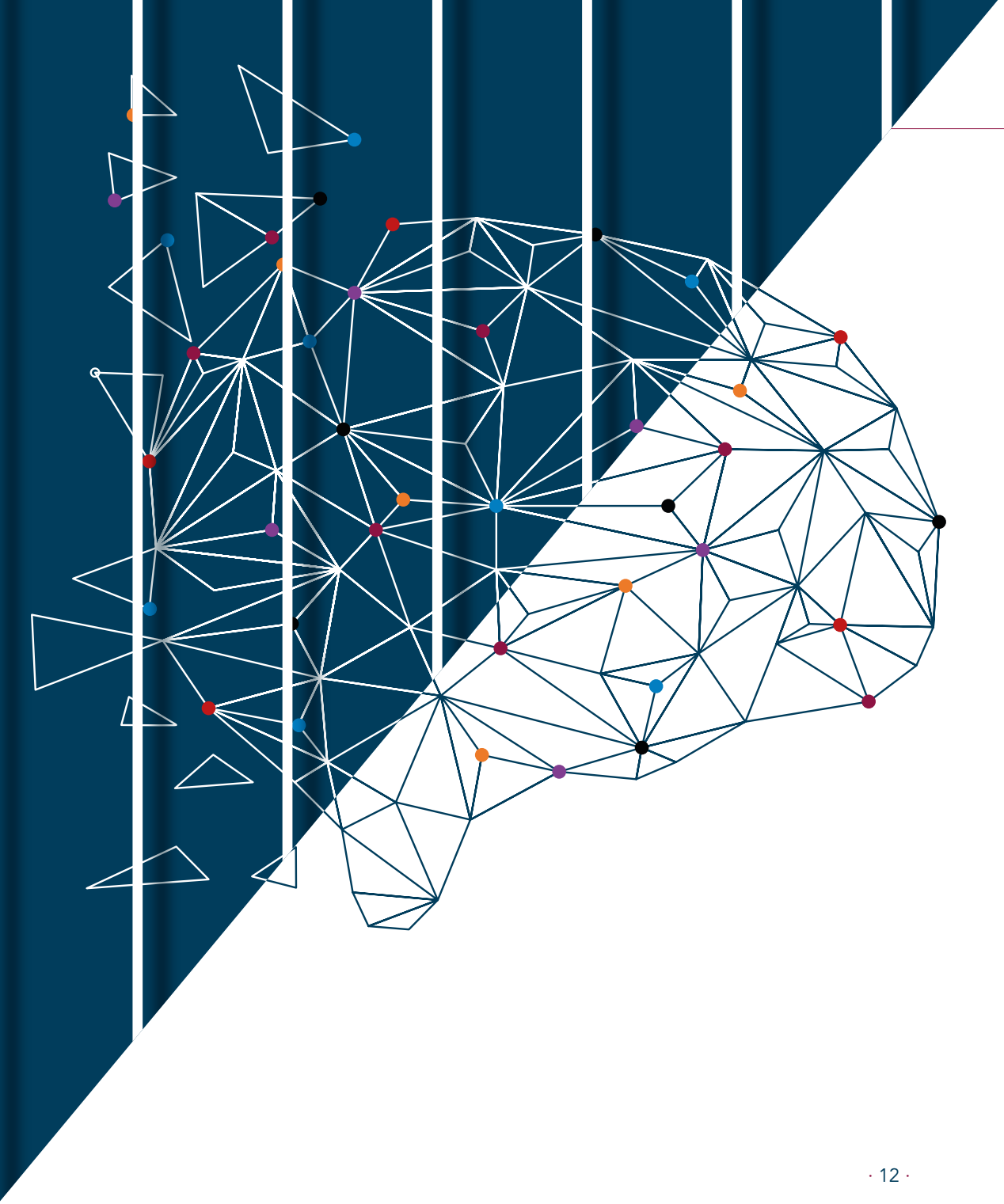
En los capítulos, el punto de vista de los entrevistados se compara con datos publicados en la literatura por lo que aparecen texto y *verbatims* en las diferentes secciones. Así, el Libro Blanco recopila, sintetiza, analiza y compara un gran cuerpo de publicaciones que vienen apareciendo durante los últimos 20 años en la literatura. Por lo tanto, aborda un tema extensamente tratado por distintos profesinales en la literatura. Aporta el rasgo distintivo de "dar voz" y reflejar la experiencia de los profesionales implicados diariamente en las tareas asistenciales penitenciarias, (coma) incorporando la dimensión humana, en el mundo real.

Este Libro Blanco se dirige al lector no experto, no familiarizado con la atención sanitaria de las personas judicializadas con un TMG en el entorno penitenciario para aportar información y generar conocimiento con el fin último de conseguir una sociedad más saludable y segura. También se dirige al lector experto interesado en conocer la experiencia del conjunto de profesionales en este ámbito del cuidado de la salud, y que desea comparar su propia posición y puntos de vista frente a la de otros. Y, se dirige muy especialmente, a los decisores políticos que se proponen optimizar la atención sanitaria de las personas judicializadas con TMG en el entorno penitenciario en España. Para ellos, pretende ser una herramienta útil, de consulta ágil, para tomar conocimiento rápidamente de la situación y decidir.

¡Disfrutadlo!

Referencias

1. López M, Laviana M, Saavedra FJ, López A. Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2021;41:87-111.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
3. Durcan G, Zwemstra JC. 11. Mental health in prison Key points. Prison Heal. 2014;(3):87.
4. Arnau-Peiró F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. Rev Española Sanid Penit. 2012;14(2):20-31.
5. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. [A new prison health care model: the experience of the Basque Country]. Rev española Sanid Penit. 2012;14(3):91-8.
6. Perez Martínez E. ¿Psiquiatría penitenciaria? Rev Española Sanid Penit. 2004;6:97-101.
7. Zabala-Baños M, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero M, et al. Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. Rev Española Sanid Penit. 2016;18:13-24.
8. Arnau F, García-Guerrero J, Benito A, Vera-Remartínez EJ, Baquero A, Haro G. Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. J Forensic Sci. 2020;65(1):160-5.
9. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Libro Blanco de la Psiquiatría en España [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2022 [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
10. Ministerio de Sanidad - Equipo de trabajo del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 [Internet]. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf



CAPÍTULO

1

CONCEPTOS GENERALES

Trastorno mental grave

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo (1). **El término TMG tiene un objetivo operativo puesto que surge para permitir que los profesionales de la salud mental identifiquen a las personas más vulnerables con este problema de salud en la población, y planifiquen intervenciones de salud mental adecuadas a sus necesidades** (2,3). No existe un consenso en la definición de TMG encontrándose diferencias no solo entre distintos países, sino también entre regiones y servicios sanitarios de un mismo país (2,4).

Las definiciones más aceptadas están alineadas con la propuesta por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) en 1987 que incluye criterios clínicos, de temporalidad y de discapacidad (5–8):

- **Diagnóstico clínico** siguiendo los sistemas de clasificaciones internacionales, DSM-5 (por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* o CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), se suele incluir diagnósticos tales como **esquizofrenia** y grupo de **trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar** y grupo de los **trastornos afectivos mayores** (episodios de manía y episodios depresivos) y en ocasiones, **trastornos de personalidad y de patología dual** (Tabla 1.1).
- **Duración del trastorno (o cronicidad):** que implica una **evolución mínima de dos años**, o bien un deterioro progresivo y marcado de la funcionalidad.
- **Presencia de discapacidad: afectación de moderada a severa del funcionamiento global** incluyendo déficits en autonomía, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y/o en funcionamiento cognitivo.

Tabla 1.1 **Principales diagnósticos psiquiátricos incluidos en la definición de TMG (5–8)**

Esquizofrenia
Trastorno esquizotípico
Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados
Trastorno psicótico compartido
Otros trastornos psicóticos no orgánicos
Trastorno bipolar
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
Trastorno depresivo mayor recurrente
Trastorno obsesivo-compulsivo

TMG: trastorno mental grave

El TMG es un concepto operativo definido por el diagnóstico clínico, la duración (≥ 2 años) y la presencia de discapacidad (funcional y/o cognitiva).

Sin embargo, diferentes grupos de investigadores consideran al TMG como un concepto más amplio que puede incluir cualquier diagnóstico psiquiátrico, otorgando más importancia a las limitaciones funcionales e intelectuales derivadas del trastorno psiquiátrico (2,3,9).

Persona privada de libertad

La **persona privada de libertad** es aquella que ha recibido una **sanción penal que restringe su libertad ambulatoria por la realización de un hecho delictivo y se encuentra interna en un establecimiento penitenciario, prisión o cárcel** (10). Según el Código Penal, la pena privativa de libertad incluye la prisión permanente revisable, la prisión, la localización permanente y la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa (11).

Sin embargo, **dos supuestos son los más habituales** (12): 1) cuando la persona interna es declarada **imputable** y se halla cumpliendo una **pena privativa de libertad tras una condena firme**, o 2) cuando la persona interna se halla **privada de libertad preventivamente** para garantizar su participación en el proceso judicial.

La persona penada, que es **declarada imputable** (es decir, responsable de la comisión del delito) y que tiene una **condena en firme** en el sistema penitenciario, ha de adaptarse funcionalmente al **grado penitenciario** que se le imponga (13). El grado asignado determina un programa de medidas de control y seguridad que caracterizarán el **régimen de vida y de intervención** que la persona interna seguirá mientras permanezca en prisión, e indirectamente, el plan terapéutico que pueda seguir la persona condenada. En España existen **tres grados**, y la **libertad condicional** (13): **primer grado**, se cumple en régimen cerrado con unas condiciones muy limitadas y rígidas de internamiento; **segundo grado**, es el ordinario y más habitual dentro de prisión; **tercer grado**, es un régimen abierto o semiabierto de semilibertad en el que los internos pueden salir del centro para llevar a cabo actividades laborales, formativas, familiares, de tratamiento o de otro tipo, que faciliten su integración social; **libertad condicional, o cuarto grado penitenciario**, ya que sólo se puede conceder cuando la persona penada se encuentra en el tercer grado de clasificación penitenciaria y consiste en la **suspensión de la ejecución de la condena que le queda por cumplir.**

Para el médico responsable de la atención sanitaria de la persona interna es fundamental conocer, además de su historial médico, su situación penal. Ambos condicionarán su plan terapéutico y de rehabilitación.

Persona con TMG judicializada

Existe un **tercer supuesto** para una persona que se encuentra en prisión, y que corresponde a la población penitenciaria con un **TMG** cuyo tratamiento es diferente de la población penitenciaria ordinaria.

La **persona con un TMG en el procedimiento judicial** es aquella que, **por padecer una anomalía o alteración psíquica, no puede comprender, en el momento de cometer el delito, la ilicitud del**

hecho o actuar conforme a esa comprensión (14). En ese caso, la persona con TMG es declarada **exenta de responsabilidad criminal (inimputabilidad)** y se le puede aplicar una **medida de internamiento para tratamiento médico** en uno de los **dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios disponibles en el territorio español para las CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas**, localizados en Alicante y en Sevilla (11,15) (Figura 1.1).

Si la **perturbación no es plena** y las capacidades no quedan completamente anuladas, podrá aplicar una eximente incompleta (**semiimputabilidad**) (Figura 1.1) (11,16). En este supuesto, se puede imponer, además de la pena privativa de libertad, una medida de internamiento en uno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, acotada en el tiempo mientras se controlan los síntomas de la patología (11,15,16).

En los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Administración Penitenciaria central, en Alicante y Sevilla, respectivamente, el 70% de las personas están ingresadas por una causa de inimputabilidad y el 30% restante por una causa de semiimputabilidad (14).

A pesar de que **el Código Penal contempla principalmente el internamiento en centros psiquiátricos especializados de personas con TMG como medida de seguridad**, se dan varios supuestos por los que las personas con TMG **se encuentran internas en centros penitenciarios ordinarios** (Figura 1.1).

Dichos supuestos son (14,17,18):

- Que el **TMG pase inadvertido** en todo el procedimiento penal
- Que el **TMG se advierta**, pero se entienda que la persona es **imputable**
- Que el **TMG se advierta**, y se entienda que la persona es **semiimputable** pero que por decisión del juez y/o por la limitación del número de plazas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, la persona se derive a un **módulo de enfermería de un centro penitenciario** para cumplir las medidas de seguridad
- Que el **TMG se genere en prisión**; en este caso, si el trastorno mental es de tal gravedad que impida a la persona interna comprender el sentido de la pena, es posible la suspensión de la condena y el internamiento en un centro psiquiátrico apropiado.

El ordenamiento jurídico-penal español recomienda el internamiento en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración que se aprecie en los casos en los que concurra la protección prevista en el código penal (artículo 20) (19) así como el tratamiento de las personas internas en un centro psiquiátrico (hospital o unidad de psiquiatría) (11,20,21).

Persona con TMG judicializada que ha de cumplir medidas alternativas a la prisión

Hay un **cuarto supuesto** que corresponde a las personas que cumplen penas y medidas alternativas a la prisión (22). Se trata de **sanciones**

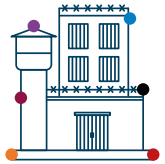
Figura 1.1

Supuestos en los que una persona con TMG ingresa en un centro penitenciario ordinario o en un hospital psiquiátrico penitenciario (14,17,18)

PERSONA CON TMG QUE COMETE UN DELITO

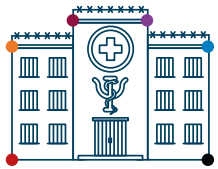
Supuesto en el que acude a un servicio de gestión de penas y medidas alternativas

Persona que debe cumplir una **medida de seguridad no privativa** de libertad



Supuestos en los que ingresa en un centro penitenciario ordinario

- El TMG pasa **inadvertido** en todo el procedimiento penal
- El TMG se advierte pero se entiende que la persona es **responsable** del delito (imputable) y debe cumplir una pena privativa de libertad
- El TMG se advierte pero se entiende que la persona es **responsable parcialmente** del delito (semi-imputable) y el juez considera que debe cumplir **una medida de seguridad privativa de libertad** en un centro penitenciario
- El TMG se genera en prisión*



Supuesto en el que ingresa en un hospital psiquiátrico penitenciario

Persona considerada **no responsable** (inimputable) o **parcialmente responsable** (semi-imputable) del delito y el juez determina que debe cumplir una **medida de seguridad privativa de libertad** en un hospital psiquiátrico penitenciario

TMG: trastorno mental grave

*El Código Penal establece que en el caso de que el trastorno mental sobrevenida sea de tal gravedad que impida al internado en prisión comprender el sentido de la pena, ésta podrá ser suspendida y la persona ingresada en un centro psiquiátrico apropiado (11)

penales que mantienen a la persona responsable del delito en su medio comunitario. Es decir, la persona está en libertad y cumple su pena en libertad **pero sometida al cumplimiento de determinadas obligaciones**, según los casos, como realizar trabajos en beneficio de la comunidad (22). El propósito fundamental de las penas y medidas alternativas es que la persona no entre en prisión (23).

La gestión y seguimiento de las penas y medidas alternativas a la prisión son competencia de la Administración Penitenciaria (24) a través de los **Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas** (22). Estos servicios se encargan de que las medidas alternativas se cumplan en los CIS adecuados, públicos o concertados, de las Administraciones Públicas competentes (25) en función de las necesidades, ayuda y atención que precisen y legalmente les corresponda a las personas penadas (26).

Complejidad de las necesidades de las personas judicializadas con TMG

En el ámbito penitenciario, **las personas internas con un TMG son una población vulnerable** que, generalmente, sufre **síntomas graves e incapacitantes que afecta su funcionamiento social** y que, a menudo, son exacerbados por el choque emocional que supone el ingreso en prisión (27). Estas personas tienden a ser **más dependientes de personas cuidadoras** para realizar actividades básicas de la vida diaria (28). Además, presentan otras **condiciones que incrementan su vulnerabilidad** como conductas adictivas a sustancias psicoactivas, mal estado general de salud, dificultades de aprendizaje, antecedentes de traumas físicos y psíquicos, dificultades de relación, convivencia inestable y/o ausencia de convivencia con familiares y/o amigos, educación deficiente y experiencia laboral limitada (29). Así, las personas judicializadas con un TMG están expuestas a un **riesgo más alto de deterioro y victimización** durante el periodo que están en el medio penitenciario, así como a que su **reinserción en la comunidad** sea **difícil**, lo que **aumenta la probabilidad de reincidencia y reingreso en prisión** (30).

En consecuencia, las **personas judicializadas con un TMG tienen necesidades muy altas de cuidados de su salud mental y de su estado de salud en general**, que son **características del medio penitenciario**, y que **deben ser atendidas por profesionales expertos y conocedores de esta idiosincrasia.** La vulnerabilidad y necesidad alta de cuidados implican que sea fundamental que **se mantenga el vínculo entre la persona interna y su entorno para que las intervenciones de tratamiento y de reinserción tengan posibilidades de éxito** (29).

Atención sanitaria en los centros penitenciarios españoles: legislación vigente y estrategias para la implementación de servicios

Legislación vigente

El marco legal vigente que garantiza la atención sanitaria de las personas internas en centros penitenciarios se basa en tres pilares

normativos: 1 Ley General de Sanidad, 2 Reglamento Penitenciario, 3 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Figura 1.2):

1. **Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril)**, normativa básica sobre la protección a la salud, garantiza los derechos a la preservación y cuidado de la salud de las personas internas en igualdad de condiciones al del resto de la población española no interna (31).
2. **Reglamento Penitenciario (190/1996, de 9 de febrero)**, por el que todas las personas internas sin excepción tendrán garantizada una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población, incluyendo prestación farmacéutica y otras prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención (32).
3. **Ley de Cohesión y Calidad (16/2003, de 28 de mayo) del Sistema Nacional de Salud** insta a la transferencia de las competencias sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias a las comunidades autónomas (CCAA) para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud (33).

Adicionalmente, la **Agencia Española de Protección de Datos** en su informe sobre el tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria del año 2006 estableció que **los servicios sanitarios penitenciarios deben considerarse como establecimientos de la red sanitaria pública** no siendo necesario el consentimiento de la persona interna para la consulta y tratamientos de los datos de la historia clínica centralizada por el personal sanitario penitenciario (Figura 1.2) (34).

A pesar de que la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los sistemas de salud de las CCAA debería haber ocurrido en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003, sólo Cataluña, País Vasco y Navarra tienen transferidas las competencias de sanidad penitenciaria en el año 2023 (20 años más tarde) (Figura 1.3).

Han pasado 20 años desde la entrada en vigor de la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) para la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los sistemas de salud de las CCAA y sólo Cataluña, País Vasco y Navarra tienen transferidas las competencias de sanidad penitenciaria en el año 2023.

Reglamentariamente, **el modelo sanitario penitenciario garantiza la atención primaria con los propios medios de las instituciones penitenciarias, y la atención especializada, con recursos del Sistema Nacional de Salud y de las CCAA** (35,36) (Figura 1.4). Sin embargo, hasta que las competencias de sanidad penitenciaria sean transferidas a los correspondientes sistemas de salud autonómicos,

Figura 1.2

Contexto legal actual sobre la atención sanitaria de la población penitenciaria

1986

Ley General de Sanidad

Garantiza los derechos de las personas internas y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva al resto de la ciudadanía.

1996

Reglamento Penitenciario

Garantiza a todos las personas internas una asistencia sanitaria (primaria y especializada) **equiparable a la que recibe el resto de la ciudadanía.**

2003

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Las competencias de sanidad penitenciaria deben transferirse a las **Comunidades Autónomas**

2006

Agencia Española de Protección de datos

Tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria:

- Los **servicios de salud penitenciaria** han de ser considerados como **establecimientos sanitarios** del Sistema Nacional de Salud
- **No es necesario el consentimiento** de la persona interna para la consulta y tratamiento de datos de la historia clínica centralizada por parte del personal sanitario penitenciario

2011

Ley General de Salud Pública

La autoridad penitenciaria sanitaria coordinará las acciones encaminadas al cumplimiento de dicha ley en los servicios sanitarios penitenciarios que no hayan sido transferidos a las distintas Comunidades Autónomas, dando de ello cuenta al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Figura 1.3

Distribución de las Competencias en Sanidad penitenciaria por comunidad autónoma en 2023

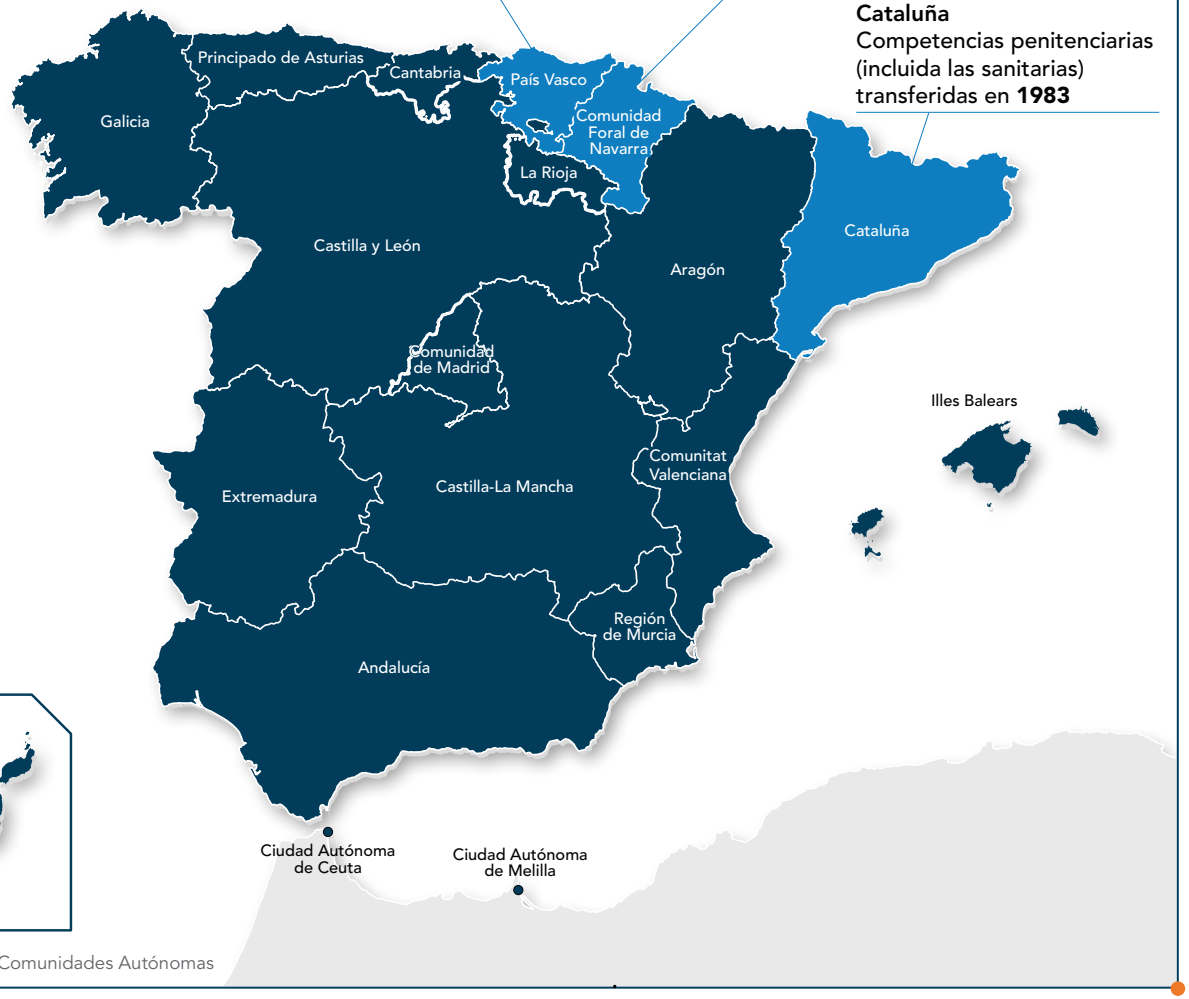
País Vasco
Competencias en sanidad penitenciaria transferidas en **2011**
Competencias penitenciarias transferidas en **2021**

Navarra
Competencias en sanidad penitenciaria transferidas en **2021**

Cataluña
Competencias penitenciarias (incluida las sanitarias) transferidas en **1983**

Ley de 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud:

"Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud"



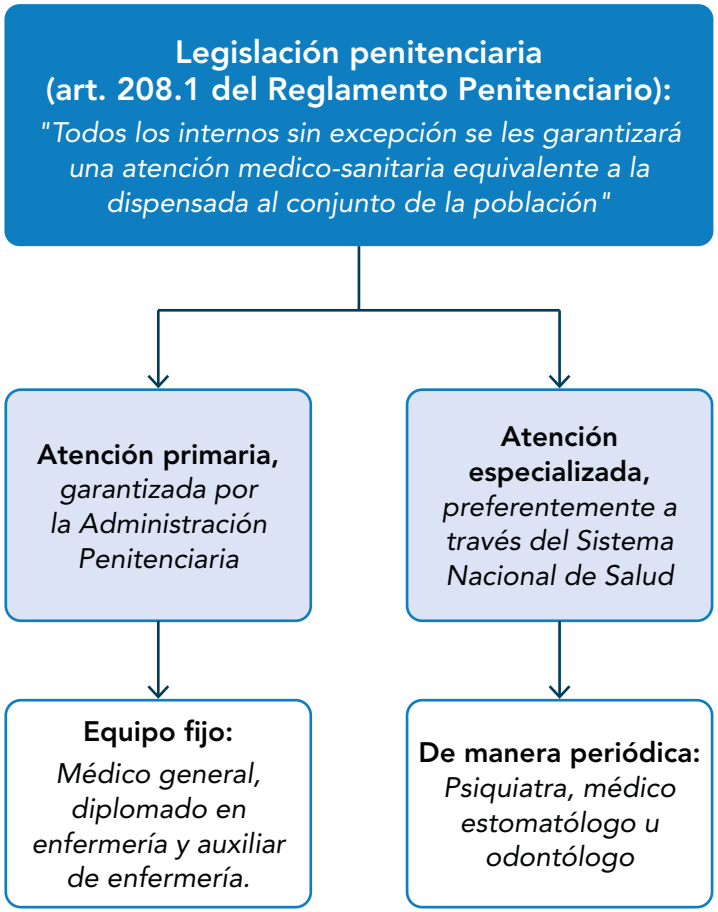
Comunidades autónomas con competencias en sanidad penitenciaria transferidas

Comunidades autónomas con sanidad penitenciaria dependiente de la administración penitenciaria española

Nota: Se han empleado los nombres oficiales de las Comunidades Autónomas

Figura 1.4

Representación esquemática de los servicios previstos para la atención sanitaria de las personas internas en centros penitenciarios ordinarios en Comunidades Autónomas sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas



la provisión de servicios sanitarios en el entorno penitenciario sigue dependiendo orgánicamente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, una entidad no sanitaria y centralizada, y funcionando como un sistema sanitario paralelo, escasamente conectado con el sistema autonómico de salud (Figura 1.5). Esta situación compromete la equidad en el acceso a la atención sanitaria en detrimento de la población penitenciaria así como la igualdad de oportunidades entre profesionales sanitarios operando en el entorno penitenciario frente al medio comunitario.

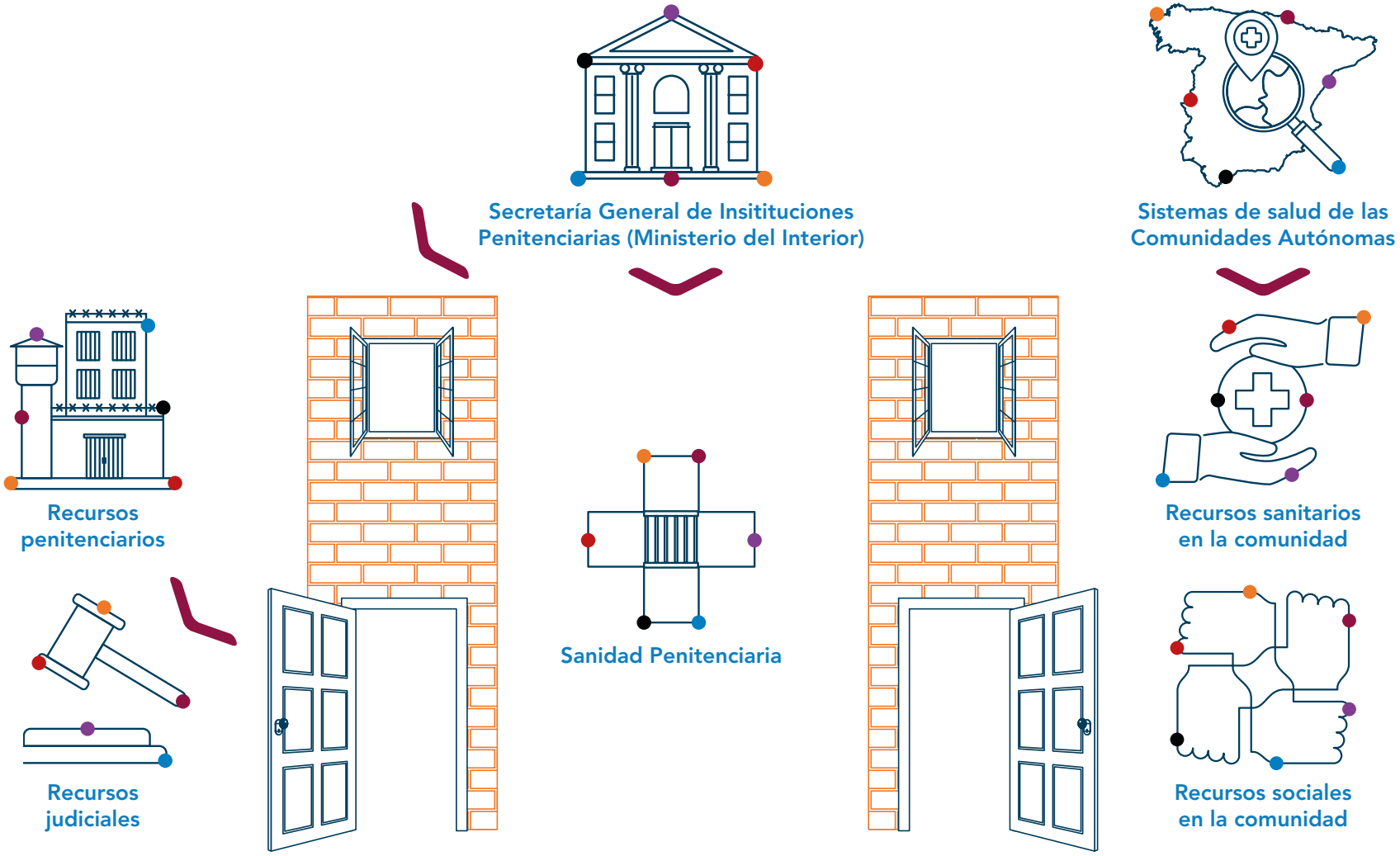
La falta de integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los sistemas autonómicos de salud implica una situación de inequidad en el acceso a la atención sanitaria entre las personas judicializadas, y de desigualdad de oportunidades entre profesionales sanitarios del entorno penitenciario frente a las condiciones en el medio comunitario.

Estrategias de Salud Mental

Una **estrategia nacional en salud** es un **documento de trabajo compartido entre el Ministerio de Sanidad, las comunidades y ciudades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes**, que **establece acciones prioritarias para mejorar la salud y bienestar de la población**, creando un marco de referencia para la coordinación de todos los agentes implicados (37).

Figura 1.5

Modelo para la atención sanitaria de las personas internas en centros penitenciarios ordinarios en Comunidades Autónomas sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas



La **Estrategia en Salud Mental del Sistema de Salud Mental** publicada en el **año 2006**, y posteriormente **actualizada para el periodo 2009-2013, incluyó recomendaciones para el cuidado de la salud mental de la población penitenciaria**, tales como el desarrollo de intervenciones preventivas en depresión y suicidio, un modelo de colaboración entre los organismos de Sanidad y Justicia para mejorar la atención de personas con TMG judicializadas así como ampliar la formación específica en salud mental entre profesionales sanitarios penitenciarios (Figura 1.6) (37). En 2009, según el informe de evaluación de la Estrategia, **Instituciones Penitenciarias fue incorporada en el comité de seguimiento de la Estrategia para iniciar una línea de colaboración conjunta** con los organismos de Sanidad centrales y autonómicos y así **asegurar la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población** (38).

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias (actual Secretaría General de Instituciones Penitenciarias) dependiente del Ministerio del Interior llevó a cabo una serie de iniciativas como parte de la Estrategia Global de Actuación en Salud Mental. En 2007, realizó un estudio para conocer la situación sobre la salud mental en el medio penitenciario (39). Adicionalmente, elaboró el **Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)** para dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental de las personas internas con un TMG sobre la base de unos objetivos preventivos, terapéuticos y de reinserción social (Figura 1.6) (40). El programa fue revisado en dos ocasiones para facilitar su implantación: el Protocolo del PAIEM en 2009 y el PAIEM Renovado en 2013 (28,40). En la evaluación del Programa en 2018, se informó de la participación de 3.318 personas internas en 67 centros penitenciarios a lo largo del 2018 con un nivel de implementación de las actividades para la rehabilitación y reinserción social de estas personas variable según el centro (40).

En el año 2012, la comisión de transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Subcomisión penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias convocó a grupos de trabajo para analizar la **atención sanitaria y social de personas con trastorno mental y/o discapacidad intelectual que cometen un delito y entran en el sistema penal**, siendo **condenadas a medidas penales alternativas al encarcelamiento.** El propósito fue **aportar propuestas consensuadas respecto a la atención comunitaria en dos puntos críticos:** 1) que la **atención a los problemas de salud mental** que se proporcione a grupos de población penitenciarios **sea de características, en extensión y calidad, equivalente a la población general;** 2) **resolver 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 (41).

En el año 2014, se creó el **Programa Puente de Mediación Social** en Trastorno mental para los Centros de Inserción Social (CIS) (42) para responder a diversas necesidades sociosanitarias de las personas penadas con problemas de salud mental (19,42,43). No obstante, su funcionamiento y las actividades impartidas así como el número de personas que pueden beneficiarse del mismo varía según la disponibilidad de recursos y CIS.

Figura 1.6

Estrategias y programas marco para el cuidado de la salud mental en el medio penitenciario

2006

Estrategia de Salud Mental del Sistema de Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad

Recomendaciones para el cuidado de la salud mental de la población penitenciaria:

- Desarrollo de **intervenciones preventivas en depresión y suicidio**
- Implementación de un modelo de **colaboración entre los organismos de Sanidad y Justicia**
- Ampliación de como ampliar la **formación específica en salud mental** en profesionales de sanitarios penitenciarios

2007

Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario - Ministerio del Interior

Iniciativa de Instituciones Penitenciarias como parte de la Estrategia Global de Actuación en Salud Mental del Ministerio del Interior **para conocer la situación de la salud mental de las personas internas en los centros penitenciarios**

2007-2009

Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios - Ministerio del Interior

Objetivo: dar respuesta a las **necesidades en materia de salud mental** de la **población penitenciaria** con un trastorno mental grave en términos de prevención, tratamiento y reinserción

2012

Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Trastorno mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad

Objetivo: consensuar la **atención comunitaria de personas con trastorno mental y/o discapacidad intelectual** que cometen un delito condenadas a medidas penales o a medidas penitenciarias alternativas al encarcelamiento con características, en extensión y calidad, equivalente a la población general

2022

Estrategia de Salud Mental del Sistema de Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad

Carece de líneas de actuación en materia de salud mental en la **población penitenciaria**, en general, ni destinadas específicamente a las personas con un **trastorno mental grave**

En mayo de 2022, se publicó la nueva **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo de 2022 y 2026.** Esta estrategia, a diferencia de la anterior, **no incluye líneas de actuación en materia de salud mental en la población penitenciaria,** en general, ni destinadas específicamente a las personas judicializadas con TMG (Figura 1.6) (44).

Así, el marco legal vigente garantiza la atención sanitaria de las personas internas en centros penitenciarios que debería ser prestada por los sistemas públicos de salud autonómicos y no por la Secretaría General del Instituciones Penitenciarias dependiente del Ministerio del Interior. En el año 2023, **sólo tres CCAA tienen transferidas las competencias de sanidad penitenciaria a los correspondientes sistemas de salud autonómicos.**

Conclusiones

Es difícil caracterizar con precisión a la persona judicializada con un TMG en el entorno penitenciario. Se trata de un concepto operativo cuya comprensión requiere de la consideración de, al menos, elementos médicos, sociales, jurídicos y penitenciarios en el mismo individuo. La persona judicializada con un TMG y la atención sanitaria que recibe en el entorno penitenciario es el objeto de este Libro Blanco.

Una persona judicializada con un TMG precisa que los profesionales sanitarios, forenses, judiciales y penitenciarios identifiquen este problema de salud para planificar intervenciones de salud mental específicas. La situación penal, el grado penitenciario y el historial médico, cuando es conocido, condicionan el plan de tratamiento y de rehabilitación. Por lo tanto, su abordaje efectivo requiere de profesionales expertos, conocedores del entorno penitenciario además del perfil psiquiátrico de la persona judicializada.

Aunque el Código Penal contempla principalmente el internamiento en centros psiquiátricos especializados (hospitales o unidades psiquiátricas) de personas con TMG que han cometido un delito como medida de seguridad y para recibir el tratamiento médico más oportuno, existen varios supuestos en los que este colectivo permanece en un centro penitenciario ordinario. Hay, incluso, circunstancias en las que deben cumplir una medida penal alternativa a la prisión y permanecen en la comunidad.

En cualquiera de estos supuestos, en las 14 CCAA, Ceuta y Melilla sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas, actualmente conviven un sistema público de salud, que integra la atención sanitaria no especializada y la especializada para la población general no judicializada y un sistema de salud penitenciario paralelo, separado, aislado dentro del régimen penitenciario no sanitario para las personas judicializadas. Para adecuar y mejorar la atención de las personas internas con un TMG que permanecen en los centros penitenciarios, Instituciones Penitenciarias ha creado, a lo largo de los años, programas como el PAIEM en los centros penitenciarios y el Programa Puente en los CIS. En principio, parece plantearse una situación de desigualdad e inequidad entre las personas judicializadas y aquellas que no lo están, aunque el derecho al cuidado de la salud

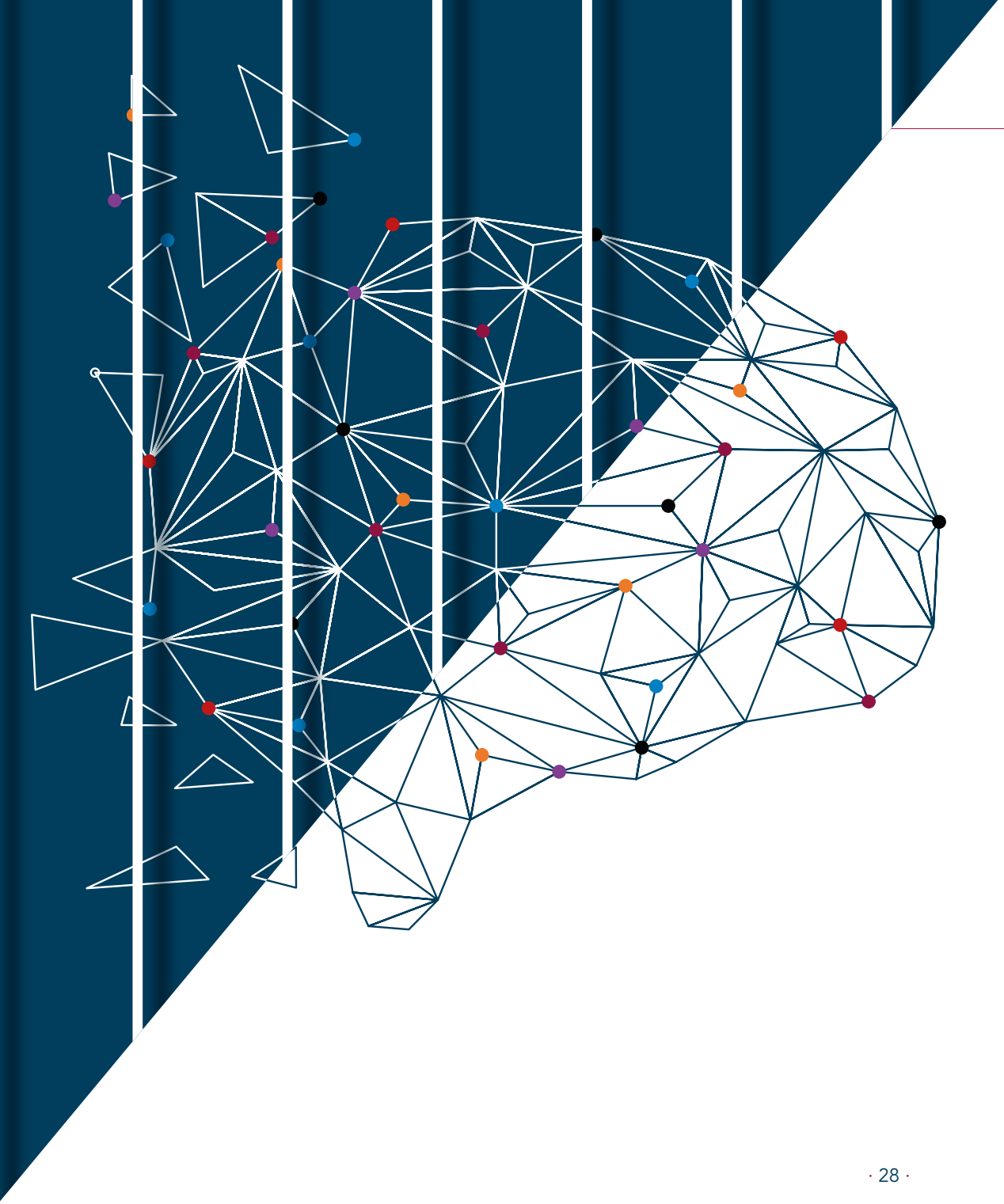
en general, y de la salud mental en particular, es el mismo para todas.

La Ley General de Sanidad, el Reglamento Penitenciario, y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud son los tres pilares legislativos y normativos que garantizan la atención sanitaria de las personas internas en los centros y hospitales penitenciarios. Sin embargo, su adecuada implementación requiere que las CCAA transfieran sus competencias de sanidad penitenciaria desde Instituciones Penitenciarias (nacional) a los sistemas autonómicos de salud. La razón para ello es que la atención sanitaria de las personas judicializadas ha de ser comparable en equidad, calidad y extensión a la que recibe el resto de la población no judicializada. El beneficio ha de ser especialmente significativo entre los grupos que requieren de atención sanitaria más especializada como es el caso de las personas judicializadas con TMG. Este es el marco conceptual en el que se desarrollan los siguientes capítulos de este Libro Blanco.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. Martínez-Martínez C, Richart-Martínez M, Ramos-Pichardo JD. Operational Definition of Serious Mental Illness: Heterogeneity in a Review of the Research on Quality-of-Life Interventions. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 30 de enero de 2020;26(3):229-44.
3. Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM, Alot Montes A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. [Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness: a qualitative study]. An Sist Sanit Navar. 2014;37(2):223-33.
4. Zumstein N, Riese F. Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. Front psychiatry. 2020;11:Artículo 648.
5. National Institute of Mental Health (United States). Toward a model plan for a comprehensive, community-based mental health system: Administrative document. [Internet]. Washington, DC: NIMH; 1987 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.worldcat.org/es/title/toward-a-model-plan-for-a-comprehensive-community-based-mental-health-system/oclc/59932148?referer=di&ht=edition
6. Espinosa López R, Valiente Ots C. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? eduPsykhé. 2017;16(1):4-14.
7. Hava García E. Trastorno mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). Estud Penal y Criminológicos. 22 de abril de 2021;41(0):59-135.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. 2009 [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
9. Martínez Larrea JA. [Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness]. An Sist Sanit Navar. 2015;38(1):145-51.
10. Real Academia Española. Definición de pena privativa de libertad [Internet]. Diccionario panhispánico del español jurídico. [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://dpej.rae.es/lema/pena-privativa-de-libertad
11. Gobierno de España- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-1995-25444, 281 Boletín Oficial del Estado; nov 24, 1995. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444
12. Ruiz Morales M. La evolución de la población reclusa española en los últimos treinta años: una explicación integral. Anu Derecho Penal y Ciencias Penal. 2018;LXXI:403-90.
13. Red Jurídica Coorperativa. ¿Cuáles son los grados de clasificación penitenciaria? [Internet]. Blog de Red Jurídica. 2019 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://red-juridica.com/grados-clasificacion-penitenciaria/#:~:text=En la práctica el tratamiento,de semilibertad (tercer grado).
14. Roldán Barbero H. ¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos? Rev Electrónica Estud Penal y la Segur. 2019;(5):HR-1.
15. Dirección General de Coordinación Territorial de Medico Abierto, Coordinación de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción. [Internet]. Ministerio del Interior. 2011 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiatricosadministracionpenitenciaria.pdf

16. García Ortiz AM. Los trastornos mentales en el medio penitenciario:Situación actual y propuestas de mejora. Rev Estud Penit. 2021;(263-2021):9-69.
17. Añaños-Bedriñana FT, Burgos-Jiménez R, Rodríguez-Sanjuán A, Turbi-Pinazo AM, Soriano C, Llopis-Llacer JJ. Salud mental en prisión. Las paradojas socieducativas. EduPsykhé. 2017;16:98-116.
18. Marín-Basallote N, Navarro-Repiso C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. Rev Española Sanid Penit. 2012;14(3):80-5.
19. Cerezo A, Díaz D. El enfermo mental en el medio penitenciario español. Int e-Journal Crim Sci. 2016;2(2016):1-24.
20. Jefatura del Estado - Gobierno de España. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. [Internet]. BOE-A-1979-23708 1979. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con
21. Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE-A-1996-3307 1996 p. 1-96.
22. Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de Penas y Medidas Alternativas a la Prisión [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-Penas-y-Medidas-Alternativas-a-la-Prision/
23. Albalate JJ. El trabajo en beneficio de la comunidad como alternativa a la prisión entre la aceptación y el rechazo. Rev Int Sociol. 2009;67(2):373-90.
24. Ministerio del Interior - Gobierno de España. Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/17/840/con
25. Gobierno de España - Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439
26. Mateo Soler M, Gómez de Tojeiro Roce J, Álvarez Crespo R, Fernández Modamio M, Bengoechea Ibaceta J, Fernández Iglesias P, et al. Programa Puente Extendido : salud mental en penas y medidas alternativas. Doc Penit 18 [Internet]. 2017 [citado 8 de noviembre de 2021];1-27. Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Programa_Puente_Extendido_126181012_web.pdf/4076a72a-88f8-4b49-badb-553d770325ba
27. Pallarés-Neila J, Utrera-Canalejo I. Salud mental y prisión, difícil encaje . Vol. 42, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría . scieloes ; 2022. p. 207-13.
28. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria . Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Centros Penitenciarios. Equipos y actividades 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/0/Memoria_PAIEM_2018.pdf/536b4d36-425e-2cc3-cdb9-97925ab4d4cd
29. The World Health Organization Regional Office for Europe. Prisons and Health [Internet]. 2014 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf
30. Konrad N, Opitz-Welke A. The challenges of treating the mentally ill in a prison setting: The European perspective. Clin Pract. 1 de septiembre de 2014;11:517-23.
31. BOE. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Boe [Internet]. 1986 [citado 6 de septiembre de 2022];1855:1-49. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499
32. Gobierno de España - Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-1996-3307 Boletín Oficial del Estado; 1996 p. 1-96. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307
33. Gobierno de España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesion y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-2003-10715 2003 p. 1-46. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf
34. Agencia Española de Protección de Datos. Tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria. Informe 018/2006 [Internet]. Agencia Española de Protección de Datos. 2006 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.aepd.es/es/documento/2006-0018.pdf
35. Iñigo C, Márquez I, Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión. Guía: Atencion primaria de las salud mental en prisión [Internet]. 2011. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaatencionprimariasaludmentalprision.pdf
36. Barrios Flores LF. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario . Vol. 57, Revista Criminalidad . scieloco ; 2015. p. 45-60.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 [Internet]. 2007 [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
38. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf
39. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid; 2007.
40. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo De Aplicación Del Programa Marco De Atención Integral a Enfermos Mentales En Centros Penitenciarios (Paiem). 2009;23. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias
41. Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Subcomisión Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Trastorno mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual. 2014;
42. Ministerio del Interior - Gobierno de España. Programa Puente de Mediación Social [Internet]. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. 2014. Disponible en: https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2013/11/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_CIS.pdf
43. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Centros Penitenciarios. Equipos Y Actividades 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/0/Memoria_PAIEM_2018.pdf/536b4d36-425e-2cc3-cdb9-97925ab4d4cd
44. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2022 [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf



CAPÍTULO

2

MÉTODOS

Para la elaboración de los contenidos del Libro Blanco se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. Con el propósito de conocer cómo es la asistencia sanitaria de las personas con TMG en los centros penitenciarios en España y con qué recursos asistenciales se cuenta, primero se realizó una revisión de la literatura para establecer el estado de la información; luego, se diseñó un cuestionario estructurado para solicitar datos cuantitativos a Instituciones Penitenciarias, y por último, se realizaron grupos focales con profesionales implicados en la asistencia sanitaria de este colectivo de personas y entrevistas en profundidad con expertos, tal y como se describe a continuación.

Revisión de la literatura

Con el propósito de realizar un análisis exhaustivo, crítico y objetivo de los aspectos más importantes del conocimiento actual publicado sobre la asistencia sanitaria de las personas con problemas graves de salud mental en los centros penitenciarios en España, se llevó a cabo una revisión narrativa, extensa y ordenada de la literatura (1). La síntesis de la información recopilada sirvió para establecer un marco teórico, la tesis argumentativa y un punto de partida para enfocar el tema que se describe en este Libro Blanco; para identificar patrones y tendencias, así como brechas e inconsistencias en el cuerpo de la evidencia existente.

Se revisaron la literatura indexada y la literatura gris. En la revisión de la literatura indexada, se identificaron publicaciones relevantes en castellano y en inglés en PubMed, Scopus y Google Académico. Adicionalmente se emplearon buscadores específicos como MEDES y Dialnet para identificar publicaciones en revistas en castellano de interés tales como Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Actas Españolas de Psiquiatría, Revista Derecho y Salud, y Revista Psiquiatría y Salud Mental, entre otras. La estrategia de búsqueda se describe en la tabla 2.1 y la figura 2.1.

En la revisión de la literatura gris, se consultaron y se extrajeron datos de páginas en internet de organismos oficiales españoles e internacionales, centrados en Europa, con datos y publicaciones en castellano o inglés (Tabla 2.2).

Además, se consultaron otras revistas electrónicas especializadas no indexadas, como la Revista de Estudios Penitenciarios, así como publicaciones de congresos del área de interés.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual de la literatura indexada y gris con el objetivo de completar y contrastar la información recogida durante los grupos focales y las entrevistas individuales con los expertos.

La revisión de la literatura y de las diversas fuentes mencionadas denotó que la evidencia publicada era poco concluyente. Los datos relativos a los recursos sanitarios disponibles así como el perfil de la persona con un problema grave de salud mental, su prevalencia e incidencia en los centros penitenciarios, la disponibilidad de recursos asistenciales especializados en los mismos, el consumo

Tabla 2.1

Estrategia de búsqueda para la revisión extensa y ordenada de la literatura

EXTENSIÓN DE LA BÚSQUEDA	ESPAÑA PARA DETERMINADOS TEMAS SE HA INCLUIDO LA EVIDENCIA EN OTROS PAÍSES EUROPEOS
Periodo de búsqueda	· Enero 2000- septiembre 2022
Buscadores	· Dialnet, Google Académico, MEDES, PubMed y SCOPUS
Idiomas	· Castellano, inglés
Términos de búsqueda	· Términos generales: "salud mental" "trastorno mental" OR "enfermedad mental" OR "psiquiatría" OR "sanidad penitenciaria" AND "prisión" OR "centro penitenciario" AND "España" · Términos médicos: "esquizofrenia" OR "trastorno bipolar" OR "depresión mayor" OR "patología dual" · Otros términos específicos según tema
Datos a seleccionar y sintetizar	· Datos epidemiológicos · Datos cuantitativos sobre recursos sanitarios estructurales y humanos · Descripción de procesos asistenciales · Necesidades, barreras, dificultades, desafíos y oportunidades de mejora
Temas	· Definición de TMG · Prevalencia de TMG · Recursos sanitarios para atender la salud (mental) de la población penitenciaria · Proceso asistencial en el cuidado de personas con TMG en el medio penitenciario · Programas adaptados a las personas con TMG ofrecidos, como penas y medidas alternativas a la prisión · Uso racional y seguro de fármacos psicotrópicos; simplificación de tratamientos farmacológicos · Rol del farmacéutico en el medio penitenciario · Transferencia de competencias de sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas- Sanidad penitenciaria gestionada por servicios sanitarios locales/regionales · Implementación de modelo asistencial integral · Asistencia sanitaria de personas con TMG en el medio penitenciario en Cataluña
Principales criterios de selección	· Publicaciones preferentemente aparecidas en la década más reciente (2010-2022) · Estudios descriptivos y analíticos con datos epidemiológicos, de recursos sanitarios y procesos asistenciales · Estudios descriptivos y analíticos realizados principalmente en España y ocasionalmente en otros países europeos · Revisiones de la literatura sobre la atención sanitaria en el medio penitenciario · Artículos de opinión de expertos · Documentos oficiales de organismos relevantes (Ministerio de Interior, Instituciones Penitenciarias, administraciones autonómicas) · Informes de organizaciones de prestigio especializadas en salud mental y derechos humanos

TMG: trastorno mental grave

Figura 2.1

Diagrama del método de la revisión de la literatura

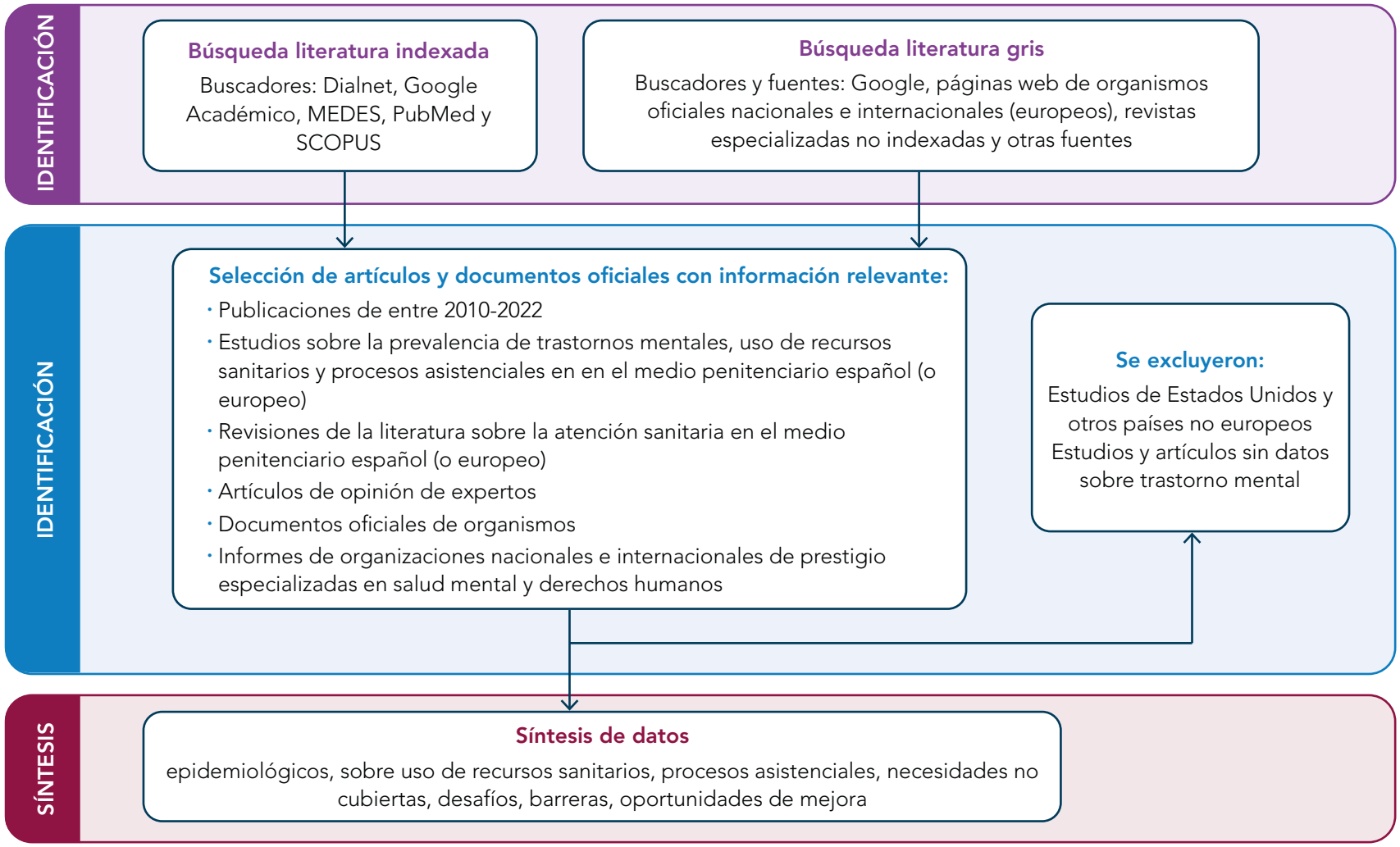


Tabla 2.2

Lista de fuentes nacionales e internacionales consultadas para la extracción de datos (parte 1)

FUENTES CONSULTADAS	ENLACE DE ACCESO	TIPO DE DATOS SINTETIZADOS
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios	https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/?lang=en	Datos relativos al uso de fármacos psicotrópicos
	https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html	
Agencia Española de Protección de Datos	https://www.aepd.es/es/documento/2006-0018.pdf	Posición de la agencia sobre los datos de sanidad penitenciaria
Boletín Oficial de las Cortes Generales	http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas	Datos sobre la disponibilidad de recursos sanitarios Datos sobre las personas que participan en el programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en los centros penitenciarios (PAIEM)
Boletín Oficial del Estado	https://www.boe.es/	Legislación relativa al ámbito penitenciario y especialmente a la sanidad penitenciaria
Council of Europe	https://wp.unil.ch/space/files/2022/05/Aebi-Cocco-Molnar-Tiago_2022__SPACE-I_2021_FinalReport_220404.pdf	Datos estadísticos europeos de la población judicializada
	https://wp.unil.ch/space/files/2022/06/SPACE-II_2021_Final_report_220614.pdf	
Generalitat de Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/siscat/index.html	Datos sobre las entidades prestadoras de servicios del sistema sanitario integral en Cataluña
	https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/organitzacio/organismes/	
	https://ics.gencat.cat/ca/inici	
	https://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/index.html	
	https://aquas.gencat.cat/ca/inici	
	https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis_i_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf	
	https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2006/10/24/399	Decretos Oficiales

Tabla 2.2

Lista de fuentes nacionales e internacionales consultadas para la extracción de datos (parte 2)

FUENTES CONSULTADAS	ENLACE DE ACCESO	TIPO DE DATOS SINTETIZADOS
Ministerio del Interior	https://www.interior.gob.es/opencms/ca/servicios-al-ciudadano/empleo-publico/procesos-selectivos/personal-laboral/acceso-libre/farmaceutico-hospitalario-de-instituciones-penitenciarias/	Datos sobre los procesos selectivos de acceso libre para farmacéuticos penitenciarios
	https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/empleo-publico/procesos-selectivos/cuerpos-de-instituciones-penitenciarias/cuerpo-facultativo-de-sanidad-penitenciaria/acceso-libre/	Datos sobre los procesos selectivos de acceso libre para cuerpo facultativo de sanidad penitenciaria
Ministerio de Sanidad	https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf	Datos sobre personas internas con problemas de salud mental y uso de fármacos psicotrópicos
Organización Mundial de la Salud- Oficina regional para Europa	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders	Definición de trastorno mental
	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf	Datos sobre recursos sanitarios en la región de Europa
Poder Judicial de España	https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-Penas-y-Medidas-Alternativas-a-la-Prision/	Definición y datos estadísticos de penas y medidas alternativas a la prisión
	https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/	
	https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/	Datos estadísticos de la población penitenciaria
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias	https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/estadistica-penitenciaria	Datos estadísticos de la población penitenciaria
	https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones	Datos sobre los recursos y asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario
	https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/0/Memoria_PAIEM_2018.pdf/536b4d36-425e-2cc3-cdb9-97925ab4d4cd	Datos sobre el Programa de Atención Integral al Enfermos Mentales en centros penitenciarios
United Nations	https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement	Principios para la protección de las personas con un trastorno mental

habitual de fármacos que hace esta población y la trayectoria de cuidados que sigue la persona interna que requiere cuidados especializados en salud mental, tanto dentro como fuera del medio penitenciario, durante y una vez cumplida su pena o medida de seguridad o medida alternativa requerían de una definición más precisa. Por otro lado, experiencias de buenas prácticas y modelos idóneos de atención, incluyendo aspectos clave del modelo catalán de atención a la salud mental penitenciaria, como su organización o recursos disponibles, se describían en ámbitos muy concretos con probable limitada visibilidad para la comunidad científica. Con el propósito de completar estas brechas en la información, se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad con expertos y se solicitaron datos adicionales a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Figura 2.2).

Información cuantitativa

La información cuantitativa presentada en este Libro Blanco se ha obtenido a partir de los informes publicados anualmente por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, tomando como referencia el correspondiente al año 2020, por ser el más reciente, actualizado en 2021. También, se consultaron otros informes publicados por el mismo organismo como respuestas escritas a preguntas de interés del Congreso de los Diputados y publicadas en el Boletín Oficial de las Cortes Generales.

Adicionalmente, se elaboró un cuestionario estructurado con el que se solicitó a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias un conjunto de datos adicionales relativos a recursos humanos y sanitarios disponibles, y uso de fármacos en los centros penitenciarios de las CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas, tomando el 2020, de nuevo como año de referencia para la solicitud de los datos.

De acuerdo con las recomendaciones para ejercer el derecho de acceso a la información pública, el cuestionario se envió de forma telemática, empleando el portal de la transparencia de la Administración General del Estado, accesible en https://transparencia.gob.es/transparencia/transparencia_Home/index/Derecho-de-acceso-a-la-informacion-publica.html.

Contenido del cuestionario estructurado

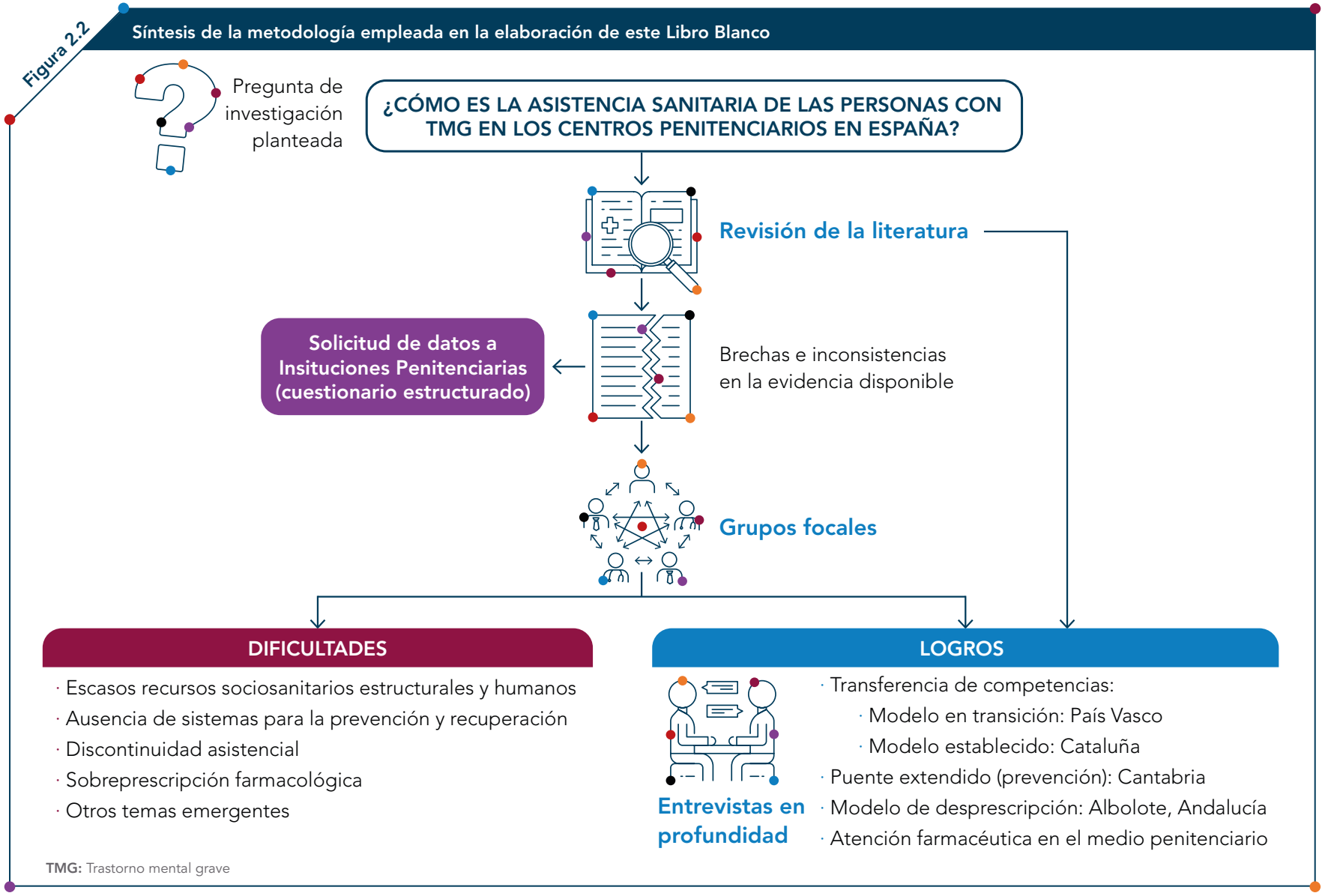
La tabla 2.3 resume los datos solicitados a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, los datos proporcionados y los datos finalmente analizados y presentados en este Libro Blanco.

Análisis de información cuantitativa

A continuación, se describe como se han analizado la información cuantitativa de este Libro Blanco, detallando los datos empleados y sus correspondientes fuentes, así como los cálculos y asunciones establecidas según el tipo de datos.

Figura 2.2

Síntesis de la metodología empleada en la elaboración de este Libro Blanco



TMG: Trastorno mental grave

Tabla 2.3

Relación de datos solicitados y/o proporcionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y datos analizados y presentados en este Libro Blanco (parte 1)

DATO	DATO SOLICITADO	DATO PROPORCIONADO	DATO ANALIZADO#
RECURSOS HUMANOS			
Número total de médicos psiquiatras desglosados por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Número total de auxiliares de enfermería desglosados por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Número total de trabajadore/as sociales desglosados por centro penitenciario en el año 2020	√	√	X
Interno/médico	X	√	√
Interno/enfermero	X	√	X
Enfermero + auxiliar/médico	X	√	X
USO DE RECURSOS SANITARIOS Y SUS COSTES			
Número absoluto de ingresos en enfermería por patología psiquiátrica y el porcentaje con respecto al total de ingresos en enfermería desglosados por centro penitenciario en el año 2020.	√	√	√
Coste total de los ingresos en enfermería por patología psiquiátrica para el total de centros y desglosado por centro en el año 2020	√	X	X
Coste medio por ingreso en enfermería por patología psiquiátrica para el total de centros y desglosado por centro en el año 2020	√	X	X
Ingresos/ 1000 internos -mes en la enfermería del centro	X	√	X
Consulta enfermería programada/ 100 internos-mes	X	√	X
Curas e inyectables /100 internos-mes	X	√	X
TDO/ interno-mes	X	√	X
Consulta enfermería/ enfermero-mes	X	√	X
Curas e inyectables/ enfermero-mes	X	√	X
TDO/ enfermero + auxiliar-mes	X	√	X
Vacunas/ 100 internos-mes	X	√	X
Número y tipo de traslados por razones sanitarias gestionados por Subdirección General al año desglosado por centro penitenciario en el año 2020.	√	X	X
Coste total y medio de los traslados sanitarios gestionados por la Subdirección General para el total de centros y desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Uso de servicios de ambulancia del sistema de salud de la provincia para el total de centros y desglosado por centro en el año 2020	√	√	X
Coste total y medio de la utilización de un servicio de ambulancia para el total de centros y desglosado por centro penitenciario (por favor indicar si el coste cambia según la comunidad autónoma y en qué medida) en el año 2020	√	X	X

Tabla 2.3

Relación de datos solicitados y/o proporcionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y datos analizados y presentados en este Libro Blanco (parte 2)

DATO	DATO SOLICITADO	DATO PROPORCIONADO	DATO ANALIZADO#
Número total de consultas de todas las especialidades realizadas en el mismo centro desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Número total de consultas de todas las especialidades realizadas en el exterior desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Número total de consultas de todas las especialidades realizadas mediante telemedicina desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Número total de consultas de psiquiatría realizadas en el mismo centro desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Número total de consultas de psiquiatría realizadas en el exterior desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Consultas a demanda/100 internos-mes	X	√	X
Consultas programadas/100 internos-mes	X	√	X
Consultas actividades regimentales/ 100 internos-mes	X	√	X
Consulta demanda/ médico-mes	X	√	X
Consultas programadas/ médico-mes	X	√	X
Porcentaje de consultas programadas	X	√	X
Consulta especializada excepto odontología y óptica/ 100 internos-mes	X	√	X
Porcentaje de consulta especializada excepto odontología y óptica	X	√	X
Proceso diagnóstico/ 100 internos-mes	X	√	X
Consulta especializada/ 100 consultas atención primaria	X	√	X
Coste total de las consultas de todas las especialidades correspondiente a todos los centros penitenciarios en el año 2020	√	X	X
Coste total de las consultas de psiquiatría correspondiente a todos los centros penitenciarios en el año 2020	√	X	X
Coste total de las consultas de todas las especialidades desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de las consultas de psiquiatría desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Número total de altas hospitalarias para el total de las patologías desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Número total de altas hospitalarias para trastornos mentales desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√

Tabla 2.3

Relación de datos solicitados y/o proporcionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y datos analizados y presentados en este Libro Blanco (parte 3)

DATO	DATO SOLICITADO	DATO PROPORCIONADO	DATO ANALIZADO#
Estancia media hospitalaria para el total de las patologías desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	X
Estancia media hospitalaria para trastornos mentales desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	√	√
Coste total de las estancias hospitalarias para todas las patologías correspondiente a todos los centros penitenciarios en el año 2020	√	X	X
Coste total de las estancias hospitalarias para trastornos mentales correspondiente a todos los centros penitenciarios en el año 2020	√	X	X
Coste total de las estancias hospitalarias para todas las patologías desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de estancias hospitalarias para trastornos mentales desglosado por centro en el año 2020	√	X	X
Analíticas/ 100 internos -mes	X	√	X
PCR-VHC/ 100 internos -mes	X	√	X
Mantoux/ 100 internos -mes	X	√	X
Esputos/ 100 internos –mes	X	√	X
Estudios radiológicos/ 100 internos -mes	X	√	X
Urgencias médico-quirúrgicas /100 internos-mes	X	√	X
Urgencias regimentales/100 internos-mes	X	√	X
Porcentaje de urgencias derivadas	X	√	X
Urgencias derivadas/ 100 internos-mes	X	√	X
Porcentaje de derivaciones hospitalizadas	X	√	X
Inclusión en programa/ 1000 internos-mes	X	√	X
USO DE FÁRMACOS*			
Coste total de fármacos adquiridos por compra centralizada desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de fármacos adquiridos por compras individuales de cada centro en el año 2020	√	X	X
Coste total de todos los fármacos psicótropos desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de fármacos neurolépticos orales y depot desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de benzodiacepinas desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X

Tabla 2.3

Relación de datos solicitados y/o proporcionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y datos analizados y presentados en este Libro Blanco (parte 4)

DATO	DATO SOLICITADO	DATO PROPORCIONADO	DATO ANALIZADO#
Coste total de antiepilépticos (gabapentina, pregabalina) desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste total de antidepresivos desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Internos en metadona/ 100 internos-mes	X	√	X
Internos en quimioprofilaxis/ 100 internos-mes	X	√	X
Internos en quimioterapia/ 100 internos-mes	X	√	X
Internos tratamientos antihipertensivos/100 internos-mes	X	√	X
Internos tratamiento hipoglucemiantes/100 internos-mes	X	√	X
Internos tratamiento insulina /100 internos-mes	X	√	X
Internos tratamientos hipolipemiantes/100 internos-mes	X	√	X
Internos tratamientos psicótropos /100 internos-mes	X	√	√
PROGRAMA PAIEM (Programa de Atención al Enfermo Mental en Prisión)			
Número total de personas incluidas en PAIEM desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Números absoluto y/o porcentaje de personas internas incluidas en el PAIEM con patología dual desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Números absoluto y/o porcentaje de personas internas incluidas en el PAIEM con trastorno psicótico desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Números absoluto y/o porcentaje de personas internas incluidas en el PAIEM con trastorno de la personalidad desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Números absoluto y/o porcentaje de personas internas incluidas en el PAIEM con trastorno afectivo desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Números absoluto y/o porcentaje de personas internas incluidas en el PAIEM con otros trastornos mentales desglosado por centro penitenciario en el año 2020	√	X	X
Coste anual del Programa PAIEM del total de centros penitenciarios en el año 2020	√	X	X
Coste anual del Programa PAIEM por persona interna incluida en el programa en el año 2020	√	X	X
Coste anual del Programa PAIEM desglosado por centro penitenciario en el año	√	X	X

PCR: reacción en cadena de la polimerasa; **TDO:** tratamiento directamente observado, **VHC:** virus de la hepatitis C
Para la elaboración de este Libro Blanco, se han analizado y presentado los datos específicos relacionados con patología psiquiátrica
* En caso de no disponer de estos datos, por favor proporcionar la información disponible relativa al uso de fármacos y su coste como por ejemplo la dosis diaria definida (DDD) de los grupos de fármacos solicitados, o bien el número de unidades compradas por centro por grupos ATC en el año 2020.

Tabla 2.4

Fuentes consultadas para la extracción de datos sobre población penitenciaria

TIPO DE DATO	FUENTES CONSULTADAS
Población penitenciaria total	
Población penitenciaria total por CCAA, correspondientes a diciembre de 2020	Informe de datos estadísticos nacionales de la población reclusa de diciembre 2020 emitido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial (2).
Población penitenciaria total por centro penitenciario, correspondiente a diciembre de 2020 *	Informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (3).
Población penitenciaria con necesidades altas del cuidado de su salud mental	
Población penitenciaria con necesidades altas del cuidado de su salud mental por CCAA y por centro penitenciario, correspondiente a julio 2019 * Estos datos corresponden a las personas incluidas en el programa PAIEM	Respuesta del Gobierno, el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284-18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (4).

CCAA: Comunidad autónoma; PAIEM: Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios
* Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla

Población penitenciaria

En la tabla 2.4, se muestran las fuentes consultadas para la extracción de los datos de la población penitenciaria. Los datos de población penitenciaria total por CCAA y centro penitenciario corresponden al año 2020, actualizados en 2021. Los datos de población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental corresponden a las personas incluidas en el programa PAIEM en julio de 2019 (últimos datos públicos disponibles).

Para conocer la relación entre las personas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental con respecto al total de la población penitenciaria por CCAA, se realizó el cálculo que se describe a continuación con datos correspondientes al año 2019:

Porcentaje de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en relación con la población penitenciaria total# por CCAA = a/b*100

a: Número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por CCAA, que se corresponde con las personas incluidas en el programa PAIEM en julio 2019, según la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284-18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (4)

b: Número de personas internas total por CCAA correspondiente a julio 2019 extraídos de los datos estadísticos del Consejo General del Poder Judicial España. Estadística de la Población Reclusa# (5)

CCAA: Comunidad autónoma; **PAIEM:** Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios
Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Al no disponer de los datos de personas internas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios en el informe anual de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del 2019, se ha hecho una asunción empleando los datos de personas internas del 2020 (151 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla y 242 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante) y se han restado de los datos de población penitenciaria del Poder Judicial de julio de 2019, que incluyen a la población interna de los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Recursos estructurales

De los informes generales de Instituciones Penitenciarias del 2020 y 2021, se extrajeron datos sobre los recursos estructurales sanitarios disponibles en el medio penitenciario que incluyen el número de camas en el módulo de enfermería por centro y el número de unidades de acceso restringido (UAR) disponibles en los hospitales de referencia de los centros penitenciarios (6). A partir de los datos de 2020, se estimaron las ratios de estos recursos por cada 100 personas internas como indican los siguientes cálculos:

Número de camas de enfermería por cada 100 personas internas por centro penitenciario#
= c/d*100

c: Número de camas de enfermería por centro penitenciario correspondientes a diciembre 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 (6).

d: Número de personas internas total por centro penitenciario correspondiente al año 2020, del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud por transparencia (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (3)

Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla

Número de camas en unidades de acceso restringido por cada 100 personas internas por CCAA#
= e/f*100

e: Número de camas en unidades de acceso restringido por CCAA correspondientes a diciembre 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 (6)^

f: Número de personas internas total por CCAA correspondiente al año 2020, extraídos del informe de datos estadísticos nacionales de la población reclusa de diciembre 2020 emitido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial (2).

CCAA: Comunidad autónoma
Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla
^ Solo se contabilizaron el número de camas ya existentes en unidades de acceso restringido.

Recursos humanos

Las ratios para conocer la disponibilidad de médicos penitenciarios del año 2020 se estimaron a partir de los datos extraídos del informe de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias obtenido en respuesta a la solicitud de acceso a la información pública (3), siguiendo el siguiente cálculo:

Ratio de médicos penitenciarios por 1000 personas internas por centro penitenciario o CCAA (2020)#
= g/h*100

g: Número de médicos penitenciarios por centro penitenciario+ o por CCAA^, correspondiente al año 2020, del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud por transparencia (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (3)

h: Número total de personas internas por centro penitenciario o por CCAA^ correspondiente al año 2020, del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud por transparencia (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (3)

CCAA: Comunidad autónoma
Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla
+ Las ratios por centro penitenciario se agruparon según el tamaño de la población penitenciaria de cada centro siguiendo la siguiente distribución: centros grandes: >1000 personas internas; centros medianos: 450- 1000 personas internas; centros pequeños (< 450 personas internas).
^ Los datos obtenidos estaban desglosados por centro penitenciario, por lo que para el cálculo por CCAA, se sumaron los datos de los centros penitenciarios de cada CCAA.

Adicionalmente, se calcularon las ratios de médicos penitenciarios por 1000 personas internas por CCAA para los años 2018 y 2019 y 2021, siguiendo el mismo cálculo a partir de las fuentes mostradas en la tabla 2.5.

A partir de datos publicados en los informes anuales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de los años

Tabla 2.5

Fuentes consultadas para la extracción de datos sobre médicos penitenciarios y población penitenciaria en los años 2018, 2019 y 2021

TIPO DE DATO	FUENTES CONSULTADAS
Datos de médicos penitenciarios en los años 2018 y 2019*	Respuesta del Gobierno (entrada 12086) a la pregunta escrita al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (7).
Datos de población penitenciaria de los años 2018 y 2019*	Estadística de la Población Reclusa. Datos penales, civiles y laborales. Consejo General del Poder Judicial – España (5).
Datos de médicos penitenciarios en el 2021	Respuesta del Gobierno (entrada 86386) a la pregunta escrita al Congreso 184/29089- 27/11/2020 de Santamaría Ruiz, Luis (GP); Borrego Cortés, Isabel María (GP); Vázquez Blanco, Ana Belén (GP); Rojas García, Carlos (GP), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (8)
Datos de población penitenciaria del 2021	Estadística de la Población Reclusa. Datos penales, civiles y laborales. Consejo General del Poder Judicial – España (5).

CCAA: Comunidad autónoma

* Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Al no disponer de los datos de personas internas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios en el año 2018 y 2019 en los informes generales correspondientes, se ha hecho una asunción empleando los datos de personas internas del 2020 (151 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla y 242 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante) y se han restado de los datos de población penitenciaria del Poder Judicial de los años correspondientes que incluyen a la población interna de los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Nota importante: Los datos sobre personal médico se extrajeron de fuentes oficiales diferentes con métodos de recogida y tratamiento de datos desconocidos. Así los datos de personal médico del 2018 y 2019 reportan el número de médicos y médicos interinos por centro penitenciario mientras que los del 2021 informan sobre el número de subdirectores de servicios médicos, jefes de servicios médicos, médicos y médicos interinos.

2018, 2019, 2020 y 2021 sobre el empleo del personal médico penitenciario (6,9–11), se calculó los porcentajes de personal médico que abandonaron la Institución Penitenciaria con respecto al total del personal médico según diversas causas (total, jubilación voluntaria o por edad):

Porcentaje de personal médico que abandonó la Institución Penitenciaria con respecto al total del personal médico
= i/j*100

i: Número de médicos penitenciarios (total, por jubilación voluntaria o por edad) que abandonaron la Institución Penitenciaria en el año 2018, 2019 o 2020, extraídos de los correspondientes informes generales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (6,9,10)

j: Número total de médicos penitenciarios (carrera, prácticas e interinos) que trabajaban en la Institución Penitenciaria en el año 2018, 2019 o 2020, extraídos de los correspondientes informes generales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (6,9,10)

La ratio de médicos especialistas en psiquiatría por 1000 personas internas por centro penitenciario se estimó a partir de datos correspondientes al 2019 disponibles en una respuesta de la Institución Penitenciaria al Congreso de los Diputados (7):

Ratio de médicos especialistas en psiquiatría por 1000 personas internas por centro penitenciario#
= k/h*100^

k: Número de médicos especialistas en psiquiatría por centro penitenciario, correspondiente al año 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno (entrada 12086) a la pregunta escrita al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (7).

h: Número total de personas internas por centro penitenciario ^ correspondiente al año 2020, del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud por transparencia (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (3)

Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla
^Al no disponer de datos de población penitenciaria por centro penitenciario correspondiente al año 2019, se ha tomado los datos de población penitenciaria del año 2020 asumiendo que la población penitenciaria es similar.

El porcentaje de dedicación a tiempo completo de los médicos psiquiatras interconsultores se estimó a partir de la aportación de profesionales sanitarios penitenciarios que participaron en los grupos focales según el siguiente cálculo:

Porcentaje de dedicación a tiempo completo[#]
= m/40 horas semanales* 100

m: Número de horas de dedicación a la semana del médico psiquiatra interconsultor obtenido de las experiencias reportadas por el personal sanitario de los centros penitenciarios participantes en los grupos focales

[#] Se asume que una dedicación a tiempo completo en una semana (100%) corresponde a una dedicación de 8 horas al día durante 5 días a la semana (40 horas/semanales)

Uso de recursos sanitarios psiquiátricos

Porcentaje del uso de recurso psiquiátrico (consulta especializada en psiquiatría^, ingresos en enfermería por patología psiquiátrica o altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental) con respecto al total de consultas especializadas, globales y por CCAA[#]
= n/o*100

n: Número de usos del recurso psiquiátrico (consulta especializada en psiquiatría, ingresos en enfermería por patología psiquiátrica o altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental) correspondientes al año 2020, extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia (3,12,13)

o: Número de usos del recurso total (total consultas especializadas, total ingresos en enfermería o total altas hospitalarias) extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia (3,12,13)

^ Para las consultas especializadas también se calculó el porcentaje de consultas en psiquiatría según el tipo de consulta (en el propio centro penitenciario, exterior o por telemedicina) con respecto al total de consultas en psiquiatría, usando la misma fuente y el mismo cálculo.
[#] Estos datos no incluyen el uso de recursos de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla

A partir de los datos aportados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en su en respuesta a la solicitud de acceso a la información pública (3,12,13), se estimó la frecuencia de uso de los recursos sanitarios psiquiátricos con respecto al total de recursos sanitarios en el año 2020: consultas especializadas en psiquiatría, ingresos en el módulo de enfermería de los centros penitenciarios por patología psiquiátrica y altas hospitalarias tras ingreso en hospital de referencia por trastorno mental.

Grupos focales

La realización de grupos focales es una metodología de investigación en la que un pequeño grupo de participantes se reúne para discutir un tema específico o un problema para generar datos e información que es poco conocida para la audiencia o el investigador no experto en el tema de discusión (14). La característica principal de un grupo focal es la interacción entre el moderador o investigador y el grupo, así como la interacción entre los miembros del grupo que discuten e intercambian ideas y experiencias. Desde los años 1920, esta metodología de investigación se ha utilizado cada vez más en la investigación del cuidado de la salud en diversos entornos. El objetivo es ofrecer al investigador una comprensión de la perspectiva de los participantes sobre el tema en discusión, obtener un conocimiento profundo sobre las actitudes, percepciones, creencias y opiniones de las personas con respecto a un problema de salud específico (15).

Para la elaboración de este Libro Blanco, se realizaron un total de 5 grupos focales entre el 31 de mayo y el 19 de julio de 2022 en los que participaron entre 2 y 6 profesionales sanitarios en cada uno, totalizando 11 médicos penitenciarios de atención primaria y psiquiatría, 4 enfermeros y 3 farmacéuticos que diariamente atienden a los problemas de salud de las personas internas en los centros penitenciarios en España, incluyendo a aquellas personas con problemas graves de su salud mental.

Se llevaron a cabo múltiples grupos focales para establecer si se alcanzaba, y en qué medida, la saturación de la información. Ésta ocurre cuando la misma información aparece tan repetidamente que el investigador puede anticiparla y, por lo tanto, la recopilación de más datos parece no tener valor interpretativo adicional, o cuando el investigador puede asumir que su teoría emergente está adecuadamente desarrollada para adaptarse a los datos futuros recopilados (16). Suelen ser suficientes de tres a seis grupos focales diferentes, reuniéndose una o varias veces, para alcanzar la saturación de la información en el contexto de una investigación como la llevada a cabo para este Libro Blanco (17).

Se identificó a un número pequeño de participantes para cada grupo focal a partir de una selección de especialistas, basada en el conocimiento y en función de la experiencia profesional en un sector de la asistencia sanitaria muy concreto como el de la sanidad penitenciaria (16). Se invitó a todos los servicios médicos de los centros penitenciarios españoles, seleccionándose a aquellos profesionales que dieron una respuesta positiva a contribuir en la elaboración del Libro Blanco. El muestreo fue intencional y, adicionalmente, se identificaron otros profesionales sanitarios en el mismo centro de trabajo del participante.

Los participantes fueron invitados por correo electrónico y todos aquellos que aceptaron, formaron parte de los grupos focales que duraron entre 100 y 153 minutos (media de 120 minutos). Los participantes en los grupos focales se estratificaron de acuerdo con su pertenencia a un centro penitenciario grande (> de 1000), mediano (450- 1000) o pequeño (< 450) en función del número de personas internas en el centro (según datos del informe de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud por transparencia) (Anexo 1) (3) o según su pertenencia a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Para moderar y guiar la discusión, el investigador utilizó una serie de preguntas abiertas referidas a:

- Definición y perfil de las personas internas con TMG
- Necesidades en cuidados característicos de las personas internas con TMG
- Recursos asistenciales humanos y estructurales disponibles
- Proceso asistencial
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico, incluyendo programas como el PAIEM
- Seguimiento en la comunidad

Los grupos focales fueron grabados, y los audios fueron transcritos y analizados con una aproximación deductiva-inductiva (18). Así, se utilizó la técnica de análisis temático de comparación constante caracterizada por tres etapas (16):

- **Etapa 1, de codificación abierta**, en la que los datos se fragmentan en pequeñas unidades; luego, el investigador adjunta un descriptor, o código, a cada una de las unidades
- **Etapa 2, de codificación axial**, en la que los códigos se agrupan en categorías
- **Etapa 3, de codificación selectiva**, en la que el investigador desarrolla uno o más temas que expresan el contenido de cada uno de los grupos focales

La técnica de análisis temático de comparación constante de varios grupos focales permitió evaluar la saturación de la información en general, y entre grupos focales, en particular. Se estableció que los temas que surgieron en un grupo también surgieron en otros grupos, y se identificaron matices y pequeñas diferencias según el tamaño del centro penitenciario al que pertenecía cada grupo de participantes (16).

Entrevistas en profundidad

El objetivo principal de las entrevistas en profundidad fue el de conocer en detalle experiencias de buenas prácticas identificadas en la revisión de la literatura y en los grupos focales, y que se llevaban a cabo en determinados centros penitenciarios o CCAA. Se seleccionaron a los expertos líderes de tales iniciativas y se los invitó a participar en una entrevista de dos horas de duración cuyo audio fue grabado y transcrito. Como método de investigación cualitativa, las entrevistas en profundidad sirven para identificar barreras y facilitadores de prácticas asistenciales y de investigación en medicina (19) o para conocer la percepción de los entrevistados sobre los problemas de salud y los servicios sanitarios (20,21).

Para guiar la entrevista, el investigador utilizó una serie de preguntas abiertas referidas al modelo de buenas prácticas:

- Creación
- Razones y necesidades que cubre
- Contexto sanitario, político, financiero en el que emerge
- Características principales: estructura, funcionamiento, resultados
- Perfil de la persona que se beneficia del mismo
- Elementos de éxito
- Áreas de mejora
- Perspectiva de futuro

Se realizó un análisis temático de los textos de cada entrevista con una aproximación deductiva (18). De esta manera, los investigadores llegaron a la información que esperaban encontrar a partir del conocimiento existente. Se estableció un conjunto

predefinido de códigos que luego se asignaron al conjunto de datos cualitativos. Estos códigos provenían de la literatura y de la conversación con expertos. Se identificaron, al igual que en los grupos focales, temas inesperados para los que se crearon códigos específicos. Los hallazgos en las entrevistas en profundidad corresponden a:

- Puente extendido
- Desprescripción en el entorno penitenciario
- Uso racional de medicamentos y papel del farmacéutico en el entorno penitenciario
- Modelo de transición tras la transferencia de competencias en sanidad penitenciaria: País Vasco
- Modelo maduro de transferencia de competencias en sanidad penitenciaria: Cataluña

Proceso de análisis de grupos focales y entrevistas en profundidad

El análisis tanto de los grupos focales como de las entrevistas individuales fue realizado por tres investigadores: dos investigadores analizaron las transcripciones independientemente, mientras que el tercero validó el análisis y resolvió las discrepancias. Se utilizó la herramienta MAXQDA® como soporte en la codificación, análisis y síntesis de las transcripciones.

Capítulo sobre el modelo de atención sanitaria a las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en Cataluña

Este capítulo fue redactado en su totalidad por el equipo investigador del Parc Sanitari Sant Joan de Déu quienes aportaron todos los datos y descripción que se presenta. Por lo tanto, su elaboración ha seguido una metodología distinta.

Limitaciones

Los hallazgos que se describen en el Libro Blanco deben interpretarse con las limitaciones de los métodos de investigación utilizados. Así, aunque la naturaleza de la investigación obligaba a hacer una revisión narrativa, extensa, flexible e incluyente de la literatura, ésta puede conllevar un sesgo de selección haciendo una ponderación subjetiva de los estudios elegidos según estuvieran más o menos alineados con el conocimiento y la interpretación del tema hecha por los investigadores. Para minimizar este sesgo, se establecieron criterios de selección de las publicaciones a incluir y dos revisores valoraron y acordaron la inclusión de las publicaciones.

Los datos cuantitativos disponibles en los informes oficiales consultados, así como los solicitados a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en respuesta a la solicitud de acceso a la información pública estaban agregados y no fue

posible establecer cómo se recopilaron, lo que limita y dificulta su explotación y análisis. Por ello, la interpretación de los datos cuantitativos presentados en este Libro Blanco debe ser cautelosa e interpretarse en términos de tendencias, aproximaciones.

Asimismo, los datos sobre la población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental corresponden a los datos proporcionados por la Institución Penitenciaria sobre el número de personas incluidas en el programa PAIEM en el año 2019. Estos datos se corresponden con un corte transversal (foto) y es posible que no se corresponda totalmente con el número real de personas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental, puesto que existe una gran variabilidad en el funcionamiento de este programa según los centros penitenciario (diferencias en perfil de pacientes y disponibilidad de recursos). Igualmente, se relaciona datos poblacionales de personas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental correspondientes a un corte transversal del 2019 con datos totales anuales sobre el uso de recursos psiquiátricos correspondientes al 2020, por lo que es probable que el uso de recursos psiquiátricos con respecto a esta población esté sobrestimado. Los cálculos se revisaron y contrastaron con los publicados en 2021, sin hallarse diferencias significativas.

La información obtenida a través de los grupos focales y las entrevistas puede conllevar sesgos cognitivos por los que haya existido tendencia a propiciar, interpretar o recordar información que favorece creencias y suposiciones muy arraigadas, o a dirigir la atención a aquellas cuestiones más alienadas con las expectativas de los participantes y/o del investigador. Para controlar este sesgo, se realizaron varios grupos focales, y la información recopilada tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales se complementó y comparó con lo publicado en la literatura por diversos autores.

Finalmente, el conjunto de hallazgos descritos en el Libro Blanco y su interpretación fueron revisados críticamente por expertos clínicos y juristas, nacionales e internacionales, especialistas en la atención sanitaria de las personas con TMG en los centros penitenciarios para validar el contenido.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación para realizar este Libro Blanco obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Ramón y Cajal el día 22 de febrero de 2022 (ACTA 428).

Fuente de financiación

La elaboración de este Libro Blanco se ha financiado mediante una Educational Grant (ICD: 1619588) otorgada por Jansen Pharmaceuticals.

Referencias

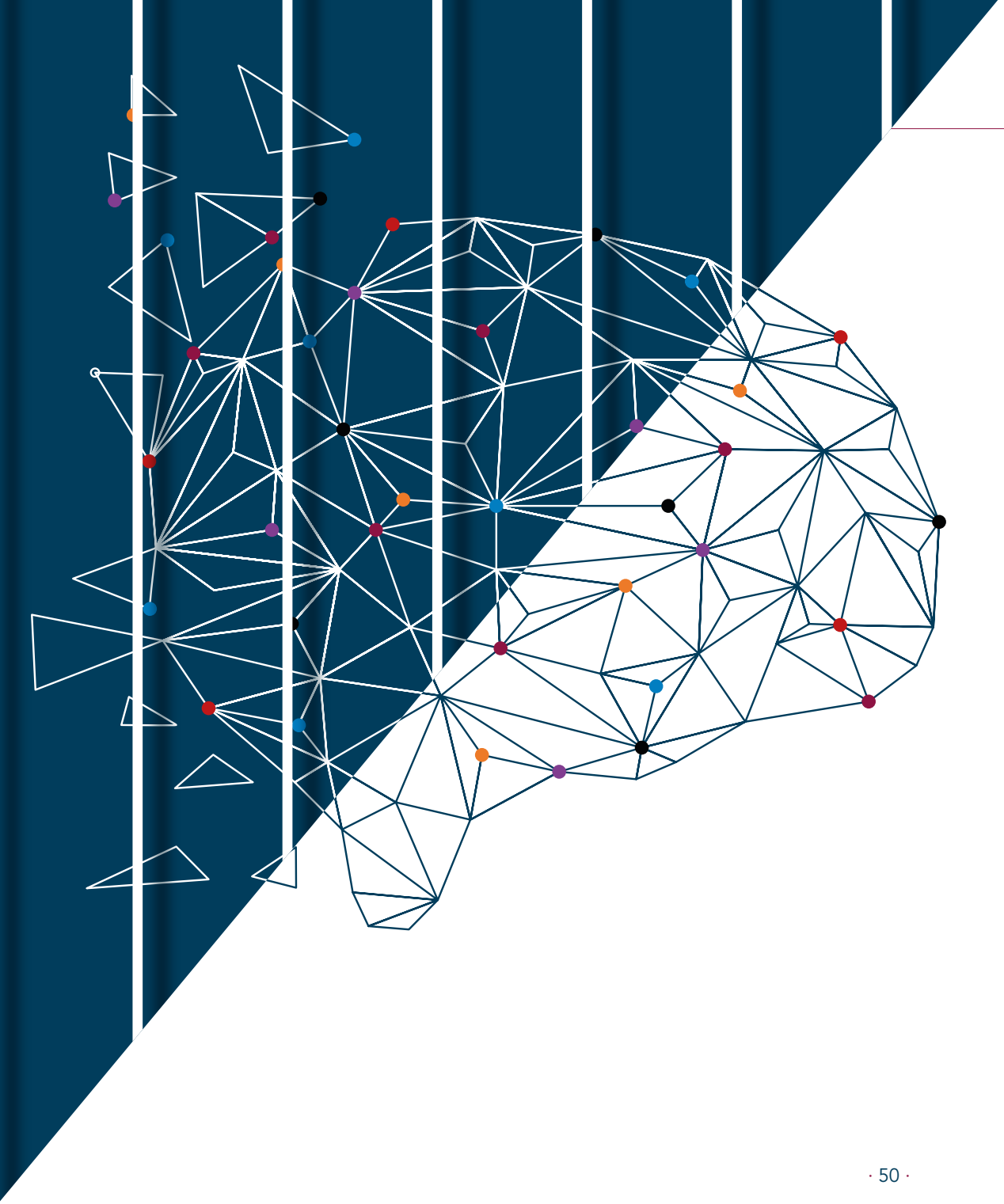
1. Williams J. A Comprehensive Review of Seven Steps to a Comprehensive Literature Review. Qual Rep. 2018;23(2):345-9.
2. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial. Datos estadísticos de la población reclusa. Total Nacional Diciembre 2020 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2020 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estadística-mensual-2020
3. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. (Anexo II- Estadística Sanitaria 2020. Atención primaria en instituciones penitenciarias (global y centros). 2022.
4. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 2492) al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx). [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf
5. Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de la Población Reclusa [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/
6. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
7. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 12086) al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e1/e_0012086_n_000.pdf
8. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 86386) al Congreso 184/29089- 27/11/2020 de Santamaría Ruiz, Luis (GP); Borrego Cortés, Isabel María (GP); Vázquez Blanco, Ana Belén (GP); Rojas García, Carlos (GP) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2021 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e8/e_0086386_n_000.pdf
9. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2019 [Internet]. Ministerio del Interior. 2019 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
10. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2018 [Internet]. Ministerio del Interior. 2018 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
11. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
12. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo I Estadística sanitaria 2020. Atención especializada global y por centros). 2022.
13. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. (Anexo IV Ingresos hospitalarios de II.PP. Nacional, CC.AA. y centros 2020). 2022.
14. Wong L. Focus group discussion: a tool for health and medical research. Singapore Med J [Internet]. 2008;49(3):256. Disponible en: http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf
15. Donaldson DR, Koepke JW. A focus groups study on data sharing and research data management. Sci Data. 2022;9(1):1-7.
16. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. Int J Qual Methods. 2009;8(3):1-21.
17. Hennink M, Kaiser B, Weber M. What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. Qual Heal Res. 2019;29(10):1483-96.
18. Bonner C, Tuckerman J, Kaufman J, Costa D, Durrheim DN, Trevena L, et al. Comparing inductive and deductive analysis techniques to understand health service implementation problems : a case study of childhood vaccination barriers. Implement Sci Commun. 2021;2(100):1-9.
19. Hughes KL, Williamson PR, Young B. In-depth qualitative interviews identified barriers and facilitators that influenced chief investigators' use of core outcome sets in randomised controlled trials. J Clin Epidemiol. 1 de abril de 2022;144:111-20.
20. Azad A, Sernbo E, Svärd V, Holmlund L, Brämberg EB. Conducting In-Depth Interviews via Mobile Phone with Persons with Common Mental Disorders and Multimorbidity: The Challenges and Advantages as Experienced by Participants and Researchers. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 18 de octubre de 2022];18(22). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34831582/
21. A qualitative analysis of interviews with mental health service users - A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures - NCBI Bookshelf [Internet]. [citado 18 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262013/

Anexos

Anexo 1

Relación de centros penitenciarios clasificados según el tamaño de la población penitenciaria (3)

NOMBRE DEL CENTRO PENITENCIARIO	NÚMERO DE PERSONAS INTERNAS EN 2020
Centros penitenciarios de tamaño GRANDE (>1000 personas internas)	
CP A Lama	1079
CP Albolote	1310
CP Algeciras	1283
CP Alicante	1058
CP Asturias	1067
CP Castellón II	1012
CP Córdoba	1303
CP Huelva	1045
CP Madrid V	1118
CP Madrid VII	1126
CP Málaga	1146
CP Mallorca	1160
CP Murcia II	1073
CP Puerto de Santa María III	1241
CP Sevilla II	1013
CP Teixeiro	1107
CP Valencia	1923
CP Zaragoza	1300
Centros penitenciarios de tamaño MEDIANO (450-1000 personas internas)	
CP Alicante Cumplimiento	839
CP Almería Cumplimiento	884
CP Badajoz	587
CP Castellón	659
CP Jaén	583
CP Moraleja	746
CP Las Palmas	867
CP Las Palmas II	795
CP León	763
CP Madrid I	451
CP Madrid II	697
CP Madrid III	862
CP Madrid IV	913
CP Puerto de Santa María II	717
CP Sevilla	912
CP Tenerife II	913
CP Topas	700
CP El Dueso	561
Centros penitenciarios de tamaño PEQUEÑO (<450 personas internas)	
CP Albacete	168
CP Alcalá de Guadaíra	110
CP Alcázar de San Juan	81
CP Arrecife	410
CP Ávila	81
CP Bonxe	232
CP Burgos	381
CP Cáceres	410
CP Ceuta	355
CP Cuenca	126
CP Daroca	373
CP Herrera de la Mancha	442
CP Ibiza	92
CP Logroño	293
CP Málaga II	379
CP Melilla	250
CP Menorca	62
CP Monterroso	220
CP Murcia	440
CP Ocaña I	442
CP Ocaña II	353
CP Ourense	303
CP Pamplona I	293
CP Puerto de Santa María I	115
CP Santa Cruz de la Palma	70
CP Segovia	317
CP Soria	162
CP Teruel	185
CP Valladolid	398



CAPÍTULO

3

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE PERSONAS JUDICIALIZADAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL MEDIO PENITENCIARIO?

Este capítulo describe los resultados de la revisión de la literatura llevada a cabo para conocer la epidemiologia de los trastornos mentales en los centros penitenciarios españoles.

Epidemiología de TMG en centros penitenciarios españoles

Es difícil precisar la proporción de personas con TMG que existe en los centros penitenciarios españoles a partir de los datos actualmente disponibles (1). No obstante, en numerosos países del todo el mundo, incluidos europeos, **la frecuencia de personas con TMG en el ámbito penitenciario ha ido aumentando** en las últimas décadas, de tal modo que es superior entre la población penitenciaria que entre la población general (1–3). Así, estudios epidemiológicos señalan que mientras **los trastornos mentales comunes son dos veces más frecuentes entre la población penitenciaria comparada con la población general, los TMG son cuatro veces más habituales** (4,5).

En España, se han realizado varios estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia de personas con algún trastorno mental en los centros penitenciarios (Tabla 3.1).

En el año 2006, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, actual Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, halló que cerca de la mitad (49,6%) de las personas internas tenían recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica, incluyendo el abuso o dependencia de sustancias (11). Posteriormente, se han realizado 4 estudios descriptivos transversales en población masculina de varios centros penitenciarios de Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid (Tabla 3.1). **Los datos muestran que 8 de cada 10 personas internas tienen algún trastorno mental a lo largo de su vida** (4,7,8). Los trastornos más prevalentes están relacionados con el abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de tipo psicótico y trastornos de personalidad (Figura 3.1).

Los estudios epidemiológicos sobre la salud mental de las mujeres internas son escasos. Un estudio reciente en 310 mujeres de 13 centros penitenciarios diferentes revela que el 73,2% (227/310) de las entrevistadas había tenido algún síntoma relacionado con su salud mental; y de estas, el 35,7% (81/227) recibía algún tratamiento, y algo menos de la mitad tenían un diagnóstico relacionado con su salud mental (45,7%; 37/81) (9).

Los estudios epidemiológicos realizados en centros penitenciarios españoles muestran que el diagnóstico de un problema serio de la salud mental puede estar presente en casi la mitad de las personas internas, si se consideran los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias.

En el año 2020, de acuerdo con estimaciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias **el 4,2% de las personas**

Tabla 3.1

Estudios descriptivos de prevalencia de trastornos mentales sobre muestras aleatorizadas de la población interna en centros penitenciarios en España (parte 1)

REFERENCIA	DISEÑO DEL ESTUDIO	LOCALIZACIÓN CENTROS PENITENCIARIOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO, N	RESULTADOS DE PREVALENCIA SOBRE POBLACIÓN INTERNA
Dirección General de Instituciones Penitenciarias 2006 (6)	Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal basado en el historial clínico	64 centros penitenciarios del territorio español	Muestra aleatoria de 1009 de personas internas (hombres 92% y mujeres 8%)	· **3,4% tenía un trastorno psicótico** · **12,8% tenía un trastorno afectivo** · **9,4% tenía un trastorno de la personalidad** · **12,1% presentaba patología dual** · 30,6% de los pacientes tenía prescrito algún psicofármaco alcanzando el 47,2% si se incluía la metadona · **49,6% tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos** en la historia clínica incluyendo el abuso o dependencia de drogas
Vicens 2011 (7)	Estudio PRECA (primer estudio en España de este tipo) Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, multicéntrico	5 prisiones en **Cataluña, Aragón y Madrid**	Muestra aleatoria de 707 internos	Prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida del individuo: 84,4% · **41% tenía trastornos del estado de ánimo (incluyendo 22,3% con depresión mayor)** · **10,7% tenía desórdenes psicóticos** · **1,8% tenía trastorno bipolar** Prevalencia de trastornos mentales en el último mes: 41,2% · 14,9% tenía trastornos del estado de ánimo (incluyendo · 7,8% con depresión mayor) · 4,2% tenía desórdenes psicóticos · 1,0% tenía trastorno bipolar
López 2016 (8)	Estudio descriptivo transversal, multicéntrico	2 centros Penitenciarios en **Andalucía** (Albolote en **Granada** y de orón en **Sevilla**)	Muestra aleatoria de 472 internos	Prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida del individuo: 82,6% · 31,4% tenía trastornos del estado de ánimo · **11,9% tenía desórdenes psicóticos** Prevalencia de trastornos mentales en el último mes: 25,8% · 9,3% tenía trastornos del estado de ánimo · 3,8% tenía desórdenes psicóticos

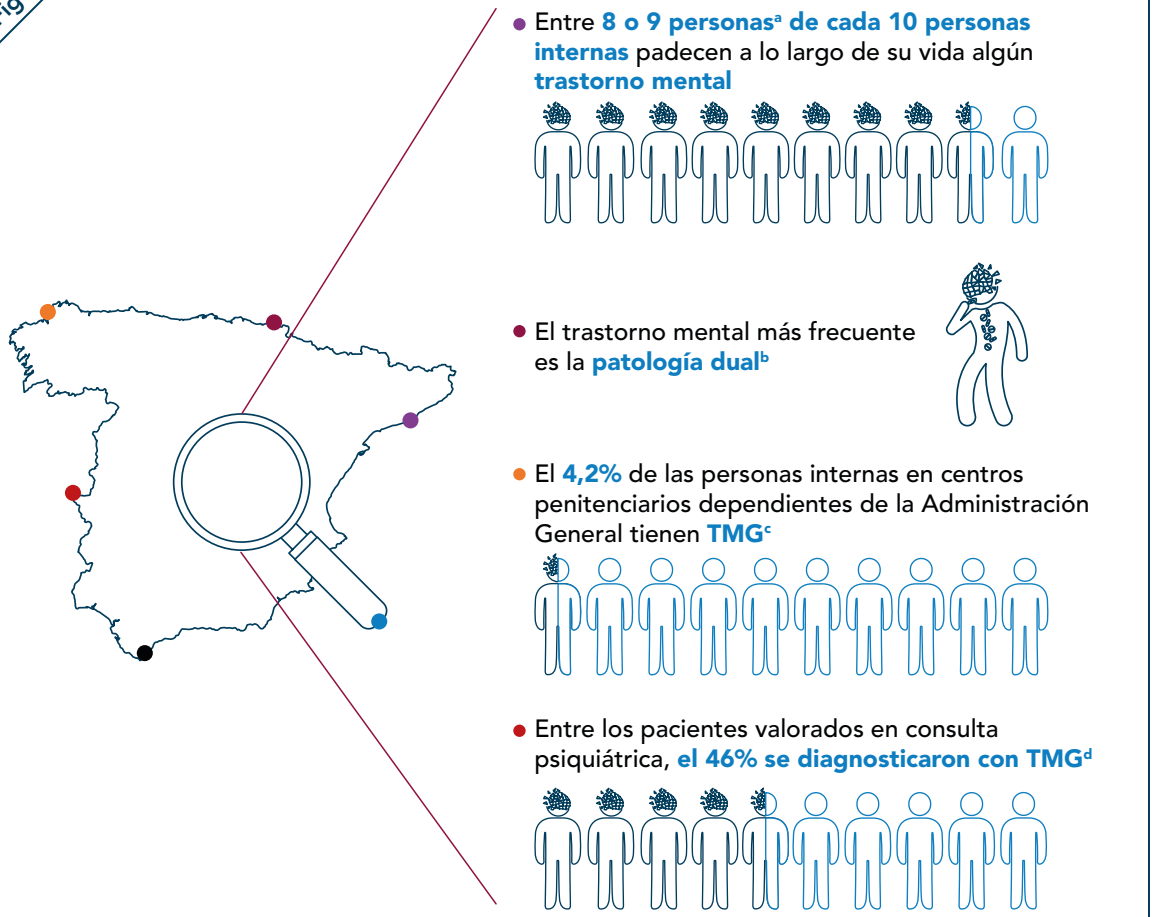
Tabla 3.1

Estudios descriptivos de prevalencia de trastornos mentales sobre muestras aleatorizadas de la población interna en centros penitenciarios en España (continuación)

REFERENCIA	DISEÑO DEL ESTUDIO	LOCALIZACIÓN CENTROS PENITENCIARIOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO, N	RESULTADOS DE PREVALENCIA SOBRE POBLACIÓN INTERNA
Zabala-Baños 2016 (4)	Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, multicéntrico	3 centros penitenciarios (2 centros en la **Comunidad de Castilla y la Mancha** y 1 centro en **Madrid**).	Muestra aleatoria de 184 internos	Prevalencia de trastornos mentales **a lo largo de la vida** del individuo: 90,2% · 72,3% tenían trastornos mentales relacionados con el abuso o dependencia de sustancias · 38,5% tenía trastornos del estado de ánimo (incluyendo · 28,2% con depresión mayor) · **34,2% tenía trastornos psicóticos (11,4% tenía esquizofrenia)** · **11,3% tenía trastorno bipolar (I, II y otro)** Prevalencia de trastornos mentales en el último mes: 52,2% · 20,7% tenía trastornos psicóticos (9,8% tenía esquizofrenia) · 18,5% tenían trastornos mentales relacionados con el abuso o dependencia de sustancias · 13,0% tenía trastornos del estado de ánimo (incluyendo 8,7% con depresión mayor) · 3,2% tenía trastorno bipolar
Galán Casado 2017 (9)	Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico basado en un cuestionario	31 centros penitenciarios de 13 Comunidades Autónomas	Muestra aleatoria de 310 mujeres en régimen abierto (30,1% de la población penitenciaria femenina)	· **73,2% de las mujeres refieren haber tenido alguna sintomatología percibida de salud mental** La sintomatología más frecuente percibida: · **44,8% refieren estados depresivos y 42,9% de ansiedad** · 42,3% refieren trastornos cognoscitivos (falta de concentración y olvidos) · **19,4% presentan patología dual** · **13,2% reportan situaciones relacionadas con intentos de suicidio y 11% con procesos autolíticos** · **12,6% han descrito asociadas a la esquizofrenia- obsesión/compulsión y el 10% reportan alucinaciones auditivas y persecutorias**
Arnau 2020 (10)	Estudio epidemiológico multicéntrico, descriptivo, y prospectivo	3 centros penitenciarios de la **Comunidad Valenciana** (**Castellón-I**, Castellón-II, y **Valencia-II**)	1328 internos	· **81,6% tenía un trastorno dual** · **68,2% tenía un trastorno de personalidad del cluster B** · **14% tenía un trastorno afectivo y / o por ansiedad** · **13% tenía esquizofrenia** · la polifarmacia era la norma (46,6% pacientes con regímenes de 3-5 fármacos)

Figura 3.1

La salud mental en la población penitenciaria en los centros penitenciarios españoles



[a]La prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida de la persona interna varía entre 82,6% y 90,2% dependiendo del estudio (4,7,8). [b]La patología dual está presente hasta en el 81,6% (10). [c]Dato extraído del informe General de Instituciones Penitenciarias 2020. [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias (12). [d]Datos extraídos de un estudio descriptivo que analiza la demanda asistencial psiquiátrica en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz) durante un año (14)

internas en los centros penitenciarios españoles presentaban TMG. Para hacer esta estimación se consideraron el número de personas que participaban en el Programa PAIEM, dirigido específicamente a este colectivo (Figura 3.1) (12). Ese año, se registraron 1844 personas internas en el programa PAIEM, de los cuales el 92% (1702) eran hombres. El 31% de las personas con TMG tenían patología dual, el 30% trastornos psicóticos, el 20% trastorno de la personalidad y, el 13% trastornos afectivos. El 39% de las personas con TMG requerían un nivel elevado de asistencia por menor grado de autonomía (12). En el año 2021, el porcentaje de TMG aumentó 0,13% (4,33% personas registradas en el PAIEM) (13).

Si se consideran las personas internas que consultan a psiquiatría en el ámbito penitenciario, el 46% presentan un TMG, según un estudio realizado en los 3 centros penitenciarios del Puerto de Santamaría (Cádiz) (14) (Figura 3.1). Los diagnósticos más frecuentes en estas consultas especializadas son los trastornos de personalidad (22,0%-59,2%), y los trastornos esquizofrénicos (11,7%-25,8%) (14–16) (Tabla 3.2)

Tabla 3.2

Estudios descriptivos de prevalencia de trastornos mentales en pacientes valorados en consulta o servicio psiquiátrico

REFERENCIA	DISEÑO DEL ESTUDIO	LOCALIZACIÓN CENTROS PENITENCIARIOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO, N	RESULTADOS DE PREVALENCIA SOBRE POBLACIÓN INTERNA
Calvo Estopiñan 2008 (15)	Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal	Servicio de Psiquiatría, en el Módulo Penitenciario del Hospital Universitario Miguel Servet en **Zaragoza**	136 personas internas que ingresaron en el Módulo Penitenciario a cargo del Servicio de Psiquiatría	Los diagnósticos psiquiátricos principales más prevalentes fueron (CIE-9): · **22,0% tenía trastorno de personalidad** · **16,3% tenían trastornos esquizofrénicos**
Arnau-Peiró 2012 (16)	Estudio epidemiológico multicéntrico, descriptivo, longitudinal, y prospectivo	Tres prisiones de la **Comunidad Valenciana**	786 personas internas valorados en la consulta psiquiátrica	El motivo de derivación a la consulta psiquiátrica desde el servicio de Atención Primaria de los centros penitenciarios fue: · 17,2% por la presencia de ánimo depresivo, · 11,7% por la sospecha de síntomas psicóticos · 7,8% se derivó para seguimiento de internos estables de su patología psiquiátrica de base: · 31,6% pacientes con trastorno de personalidad · 44% pacientes con trastorno psicótico · 13% con un trastorno depresivo · 1,6 % se derivó para seguimiento de internos incluidos en el programa de prevención de suicidio Según el criterio de diagnóstico de DSM IV: · **20,8% trastorno depresivo mayor** · **1,5% trastorno bipolar** · **11,7% diagnóstico del espectro de la esquizofrenia** · **59,2% trastorno de personalidad (siendo en más del 90% del cluster B (límite, antisocial, narcisista y mixto)** · 17,8% patología dual
Marín- Basallote 2012 (14)	Estudio transversal que analiza la demanda asistencial psiquiátrica en los durante un año	Centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (**Cádiz**)	128 personas internas que solicitaron asistencia psiquiátrica	**El porcentaje de trastorno mental grave fue del 46,09%** Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes según CIE-10 fueron: · 35,2%, trastornos de personalidad (F60-69) · 25,8% esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29)

CIE: clasificación internacional de enfermedades; **DSM** (por sus siglas en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Se estima que al menos 4,2% de las personas internas en los centros penitenciarios españoles (es decir, entre 4 y 5 de cada 100) tienen un TMG.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de la revisión de la literatura descritos en este capítulo, durante los últimos 20 años (2006-2023), se han publicado 9 trabajos de investigación destinados a conocer el número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, y la frecuencia de trastornos mentales existente en los centros penitenciarios españoles.

Son más numerosos los trabajos realizados en personas internas del género masculino frente al género femenino: sólo el trabajo publicado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en 2006 (81 mujeres internas) y por Galán Casado en 2017 (310 mujeres en régimen abierto) incluyen población femenina. Probablemente, el número más alto de centros penitenciarios con una población mayor de internos masculinos facilita la disponibilidad de datos y la realización más sencilla de la investigación.

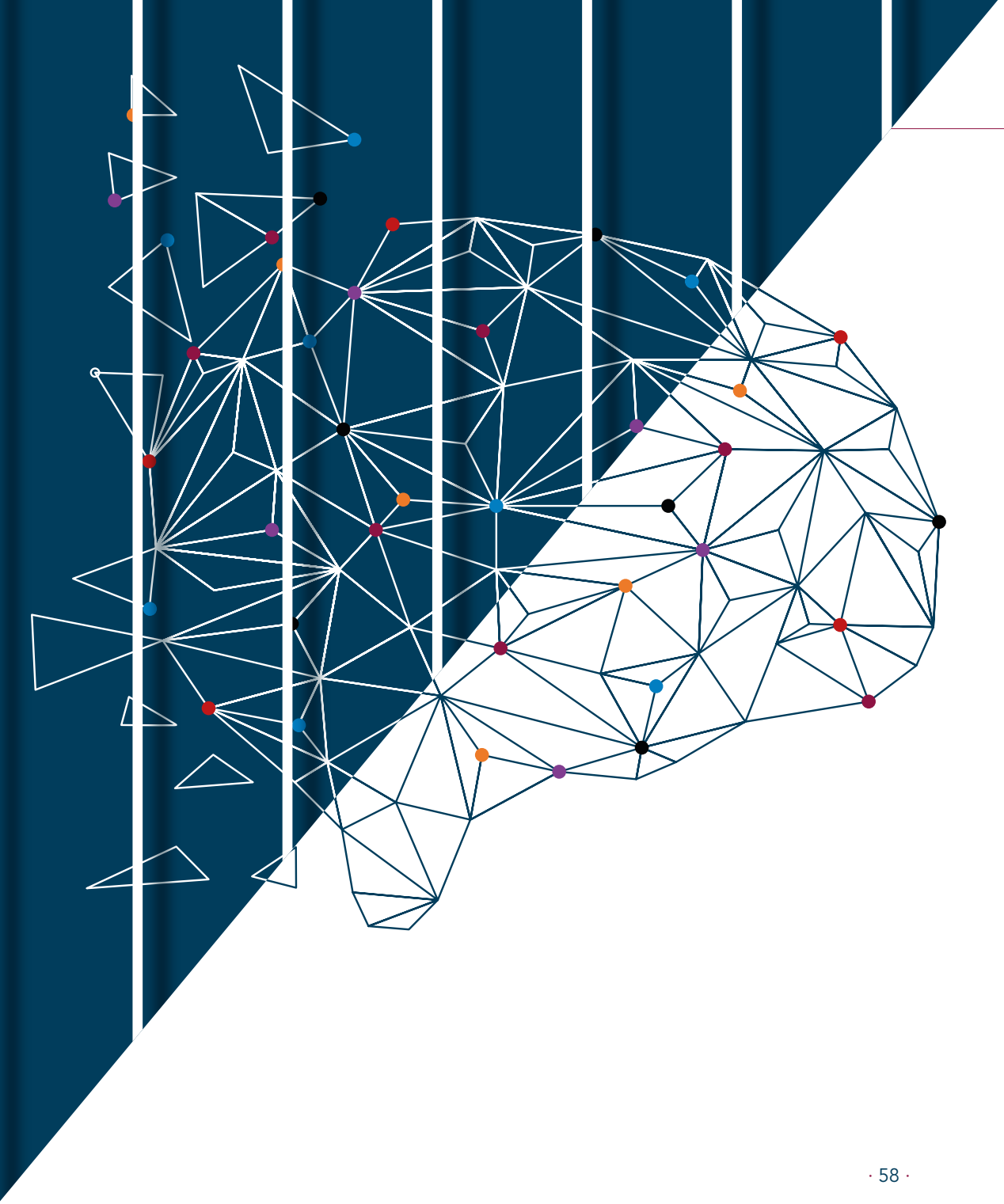
De acuerdo con las fuentes revisadas, los trastornos psicóticos se han documentado en alrededor del 10% de las personas internas mientras que el trastorno bipolar es poco frecuente, afectando a menos del 2% de la población. La patología dual puede llegar a estar presente en casi el 80% de los internos, incluyendo al 20% de la población femenina. Los trastornos de la personalidad pueden ser la causa de más del 60% de las demandas de asistencia especializada mientras que casi el 50% de las consultas a psiquiatría se producen por TMG. Aunque la prevalencia real de personas con TMG en el medio penitenciario español se desconoce con precisión, los datos existentes permiten estimar que, al menos, entre 4 y 5 de cada 100 personas internas tienen un TMG.

El tamaño pequeño de las muestras y el uso de técnicas dispares de muestreo en los estudios realizados hacen que los resultados tengan valor local y sólo reflejen parcialmente la frecuencia de los trastornos mentales en la población interna total. Por lo tanto, cualquier generalización debe hacerse con cautela. No obstante, estos estudios denotan la elevada prevalencia de personas con trastornos mentales y necesidades altas de cuidados de su salud mental, así como de trastornos por consumo de sustancias en los centros penitenciarios españoles.

Son necesarios estudios de prevalencia de TMG y de otros problemas serios de salud mental con un muestreo representativo del total de la población penitenciaria, que permita identificar segmentos de población más vulnerables para precisar la magnitud y las características propias del problema.

Referencias

1. López M, Laviana M, Saavedra FJ, López A. Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2021;41:87-111.
2. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. mayo de 2012;200(5):364-73.
3. Gómez-Figueroa H, Camino-Proaño A. Trastornos mentales y del comportamiento en el contexto carcelario y penitenciario. Rev Española Sanid Penit. 2022;24(2):70-80.
4. Zabala-Baños M, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero M, et al. Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. Rev Española Sanid Penit. 2016;18:13-24.
5. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev Española Sanid Penit. 2011;13:100-11.
6. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en Salud Mental. Madrid [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf
7. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. diciembre de 2011;21(5):321-32.
8. López Álvarez M, Saavedra Macías FJ, López Pardo A, Laviana Cuetos M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). Rev Española Sanid Penit. 2016;9:76-85.
9. Galan Casado D, Ramos-Abalos E, Pinazo Á, Añaños Bedriñada F. Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva socioeducativa y de género. Psychol Soc Educ. 29 de marzo de 2021;13:85-98.
10. Arnau F, García-Guerrero J, Benito A, Vera-Remartínez EJ, Baquero A, Haro G. Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. J Forensic Sci. 2020;65(1):160-5.
11. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid; 2007.
12. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
13. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
14. Marín-Basallote N, Navarro-Repiso C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. Rev Española Sanid Penit. 2012;14(3):80-5.
15. Calvo Estopiñán P, Soler González C, Día Sahún JC, Ventura Faci T. [Prevalence of psychiatric disorders on patients admissed by the Psychiatric Service in the Security Area of H.U.M.S. (University Hospital «Miguel Servet»)]. Rev Española Sanid Penit. 2008;10(3):69-72.
16. Arnau-Peiró F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunida Valenciana. Rev Española Sanid Penit. 2012;14(2):20-31.



CAPÍTULO

4

¿QUÉ RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES EXISTEN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JUDICIALIZADAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL MEDIO PENITENCIARIO?

A continuación, se describen los datos disponibles sobre la población penitenciaria total y con necesidades altas del cuidado de su salud mental y sobre los recursos sanitarios, estructurales y humanos, existentes en los centros penitenciarios ordinarios localizados en CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas. La población penitenciaria y los recursos disponibles en los hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Administración Penitenciaria se detallan en el capítulo correspondiente.

Estos datos se corresponden principalmente al año 2020, actualizados en el año 2021, y se han extraído de diferentes informes emitidos por la Secretaría General Instituciones Penitenciarias (1–4), respuestas del gobierno a las preguntas escritas al congreso (entrada 2492)(5), (entrada 60962) (6), (entrada 12086)(7), (entrada86386) (8) y respuesta de Instituciones Penitenciarias a la solicitud de datos en 2022 por transparencia (9). Los datos de población penitenciaria con necesidades altas del cuidado de su salud mental y la disponibilidad de personal especialista en psiquiatría corresponden al año 2019, sin datos más recientes disponibles. Para mostrar los cambios en la disponibilidad de personal médico penitenciario en el tiempo, se han incluido datos correspondientes a 2018, 2019, 2020 y 2021.

En general, las estimaciones que incluyen datos de población penitenciaria corresponden a un corte transversal de un determinado momento (una foto), limitando su extrapolación a otras poblaciones o espacios temporales, debido a la gran variación que existe en el número de personas internas en los centros penitenciarios a lo largo de un mismo año. Por el contrario, los datos relativos al uso de recursos sanitarios psiquiátricos corresponden al total anual. Por ello, la interpretación de los datos cuantitativos presentados en este capítulo debe ser cautelosa.

¿Cómo es la distribución de la población penitenciaria total y con necesidades altas en el cuidado de su salud mental en España?

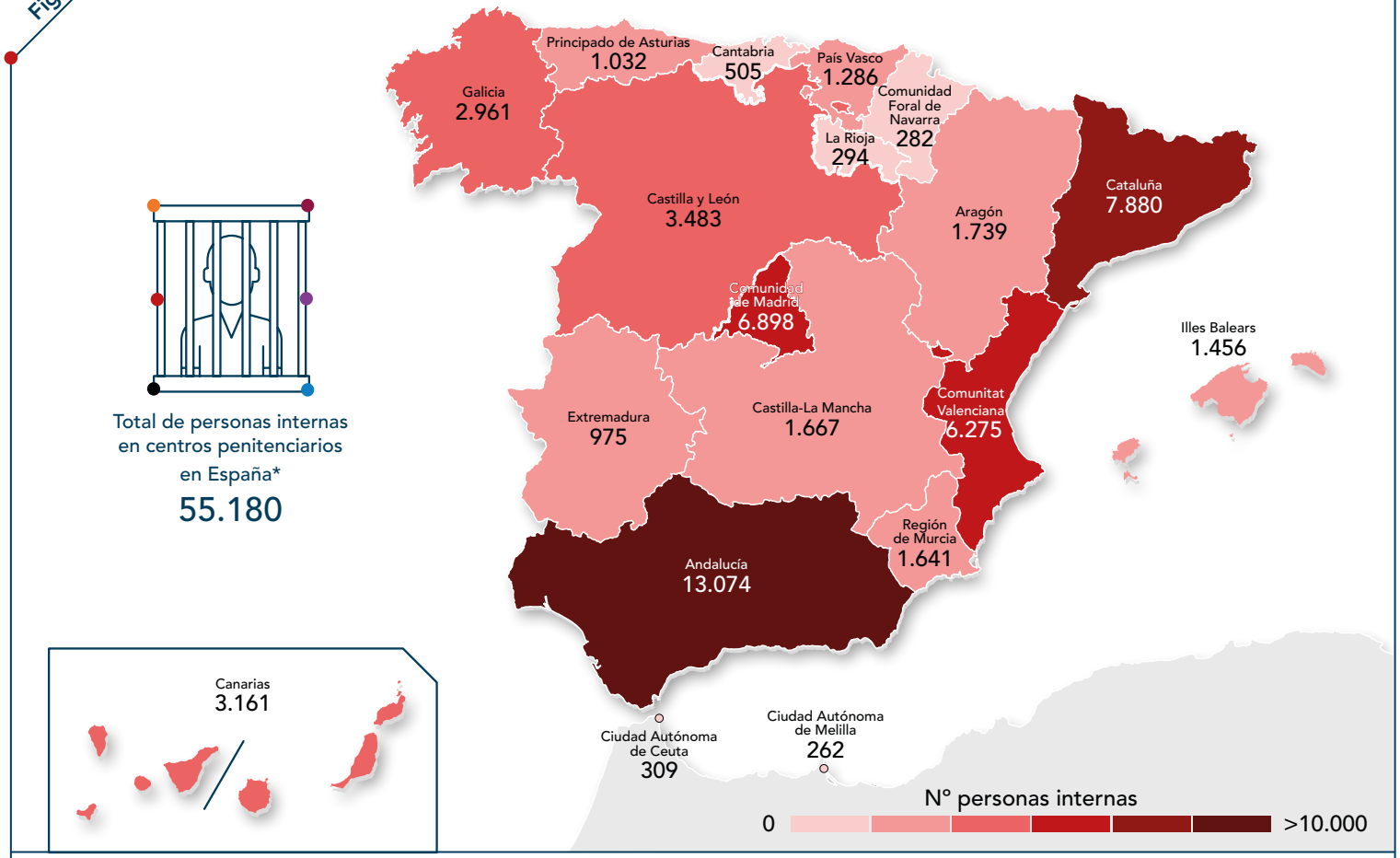
Distribución de la población penitenciaria por Comunidades Autónomas y por centros penitenciarios

Los datos oficiales indican que en diciembre del año 2020 la población penitenciaria de todo el territorio español ascendía a 55.180 personas internas y en 2021, a 55.097 personas internas, mientras que **la población penitenciaria de las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas era de 46.014 en 2020 y de 45.963 en 2021** (2,4,10,11) (Figura 4.1). Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana eran las CCAA sin competencias de sanidad transferidas con población penitenciaria más numerosa.

La Administración Penitenciaria cuenta con un total de 66 centros penitenciarios ordinarios en todo el territorio español en el 2020, exceptuando Cataluña y País Vasco, cuyas competencias de sanidad penitenciaria habían sido previamente transferidas a los sistemas sanitarios autonómicos (12,13). La figura 4.2 muestra la distribución de la población penitenciaria en dichos centros a finales del 2020 (9).

Figura 4.1

Número total de personas internas en centros penitenciarios ordinarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios por comunidad autónoma* (10).



* Datos correspondientes al diciembre de 2020, extraídos del informe de datos estadísticos nacionales de la población reclusa de diciembre 2020 emitido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial. [Internet]. Ministerio del Interior; 2020 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estadística-mensual-2020 (10).

Nota: Para la elaboración de este mapa, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA.

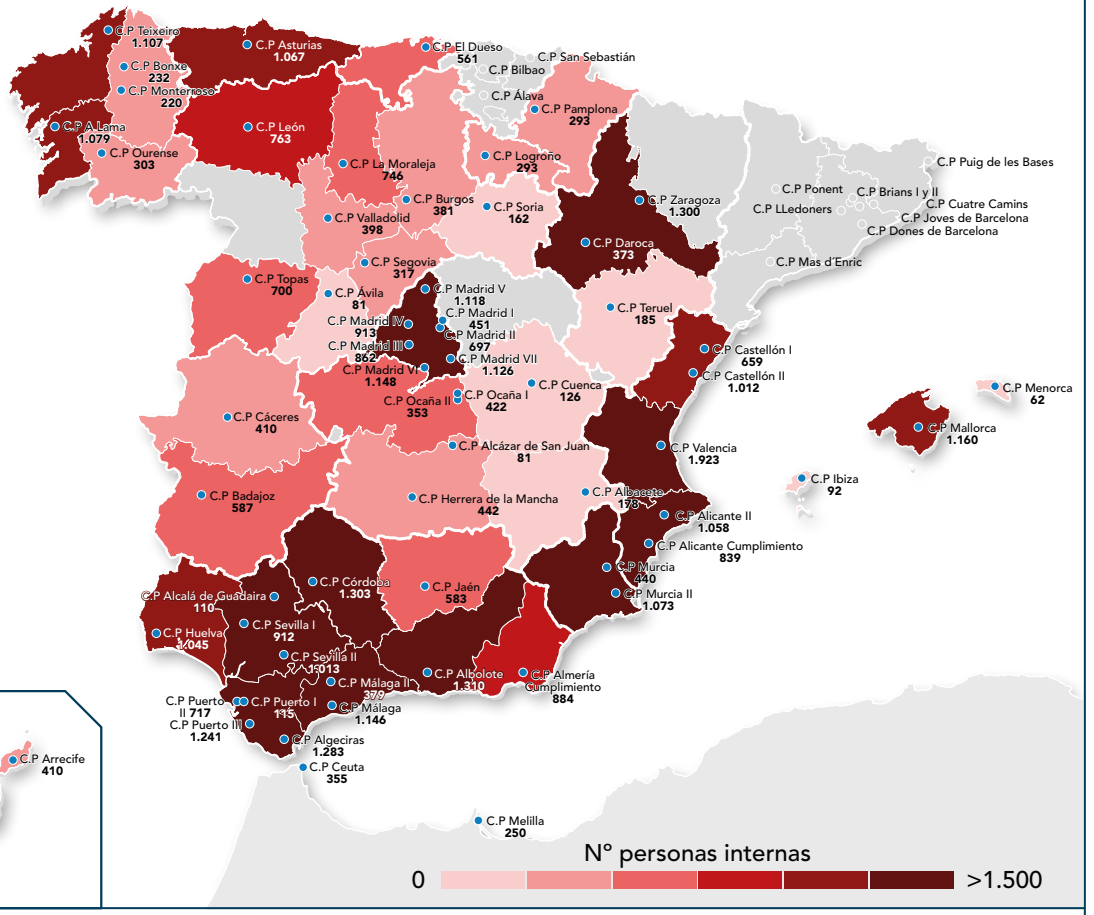
La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas por CCAA de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas y viceversa.

Figura 4.2

Número total de personas internas por centro penitenciario de las comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (9)

Total de personas internas en centros penitenciarios en España*

43.494



* Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9). Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota importante: Los datos de población penitenciaria por centro penitenciario de aquellas CCAA con un único centro penitenciario no coinciden exactamente con los datos correspondientes por CCAA porque las fuentes son distintas y probablemente las fechas de corte para la recogida de datos (foto) no coincidan.

La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas por provincia de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas y viceversa

En julio de 2021, se traspasó las funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria de la Administración Penitenciaria central a la Comunidad Foral de Navarra.

Las provincias con mayor población penitenciaria son aquellas que tienen un mayor número de centros penitenciarios como es el caso de la **Comunidad de Madrid** con 7 centros, de **Cádiz** con 4 y **Sevilla** con 3. Otras provincias como Valencia y Granada cuentan con un único centro penitenciario de gran tamaño que alojan a más de 1200 personas internas (9). Los centros penitenciarios localizados en Menorca, Santa Cruz de la Palma y Ávila tienen la población penitenciaria más pequeña, mientras que Guadalajara, Huesca y Zamora no tienen centros penitenciarios.

Distribución de la población penitenciaria con necesidades altas de cuidados de su salud mental por Comunidades Autónomas y por centros penitenciarios

El número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios ordinarios es variable entre CCAA (datos de julio 2019) (Figura 4.3) (5), así como su relación de proporción con respecto a la población penitenciaria total del mismo año (Tabla 4.1) (5,14).

Tabla 4.1 Porcentaje de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en relación con la población penitenciaria total por comunidad autónoma sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (5,14)

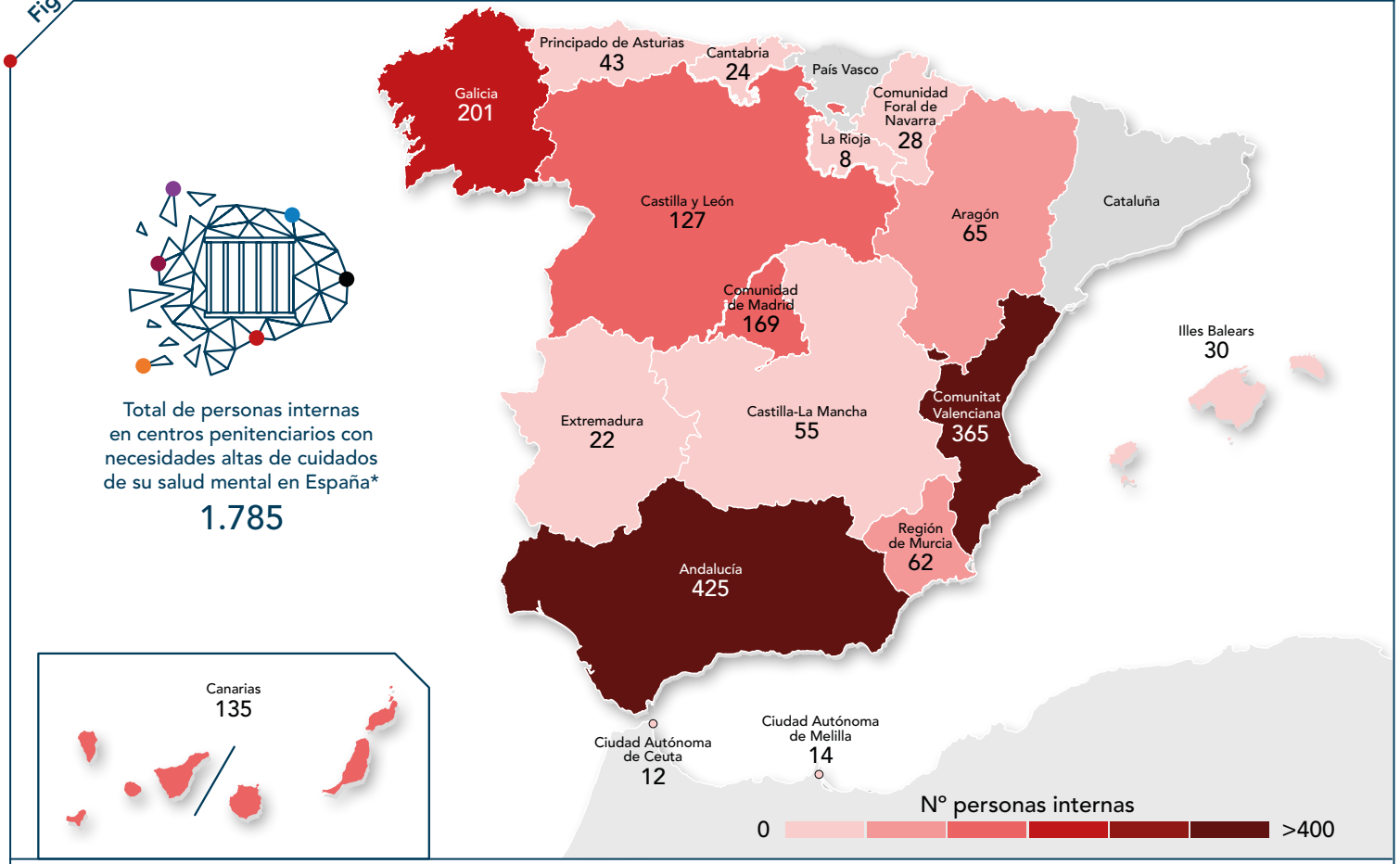
COMUNIDAD AUTÓNOMA	PORCENTAJE (%) DE PERSONAS CON NECESIDADES ALTAS DE CUIDADOS DE SU SALUD MENTAL CON RESPECTO AL TOTAL DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA*
Andalucía	3,2
Aragón	3,4
Principado de Asturias	3,8
Illes Balears	1,9
Canarias	4,1
Cantabria	4,0
Castilla y León	3,4
Castilla-La Mancha	3,2
Comunitat Valenciana	5,7
Extremadura	2,1
Galicia	6,3
Comunidad de Madrid	2,2
Región de Murcia	3,6
Comunidad Foral de Navarra	9,1
La Rioja	2,8
Ciudad Autónoma de Ceuta	3,0
Ciudad Autónoma de Melilla	5,3

* Porcentajes calculados a partir de los datos de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (5) y de los datos de la población penitenciaria correspondiente a 2019 extraídos de los datos estadísticos del Consejo General del Poder Judicial España. Estadística de la Población Reclusa [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/ (14) Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de este tabla, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

Figura 4.3

Número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, internas en centros penitenciarios ordinarios de comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (5)



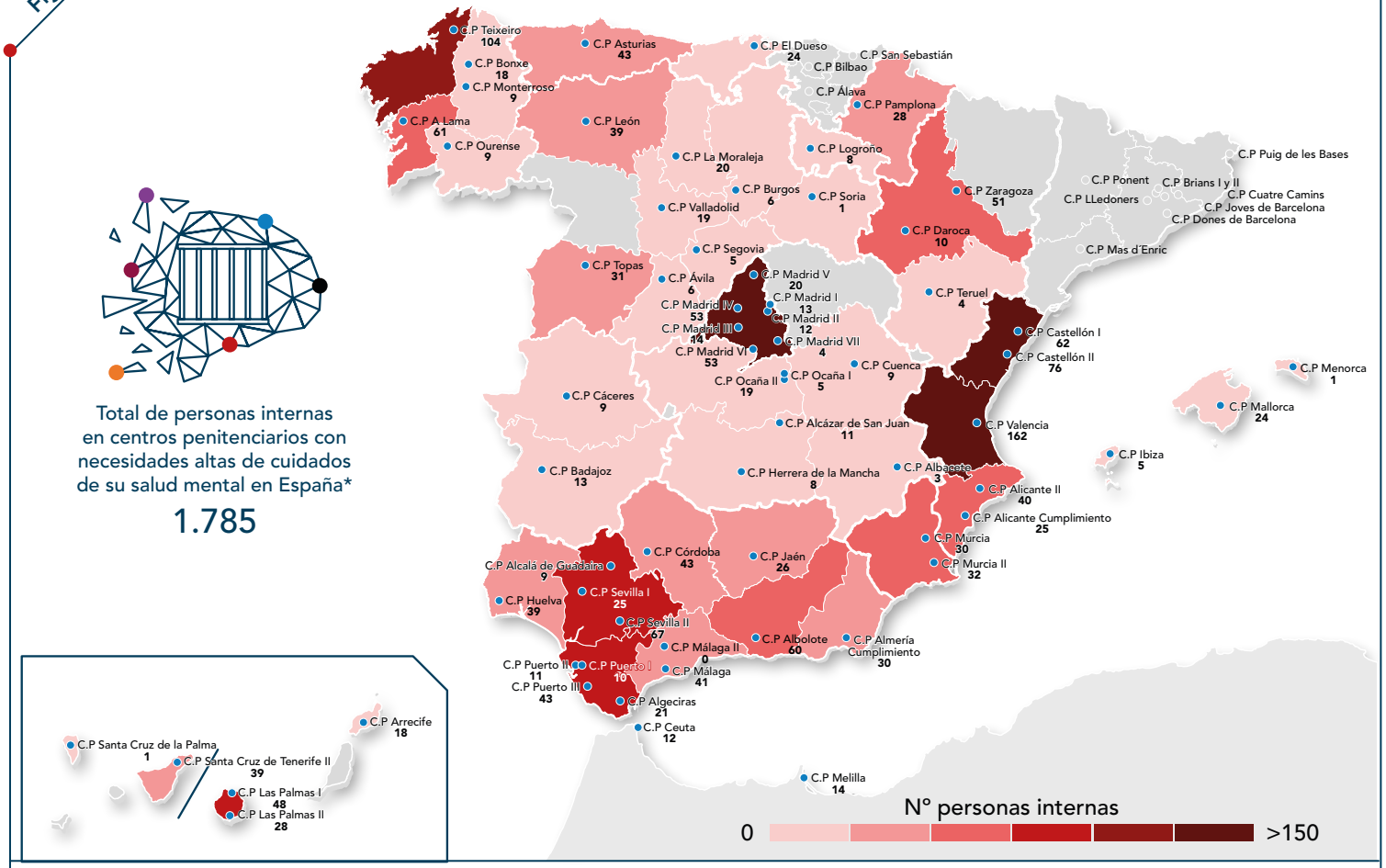
*Datos correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (5). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de este mapa, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por CCAA de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios y viceversa.

Figura 4.4

Número total de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por centro penitenciario de las comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (5)



*Datos correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (5). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por provincia de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios y viceversa.

Andalucía y Comunidad Valenciana son las CCAA con mayor número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en sus centros penitenciarios por ser también las CCAA con población penitenciaria más numerosa (Figura 4.3) (5). Sin embargo, la relación del número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental con respecto al tamaño de su población penitenciaria total es mayor en la Comunidad Foral de Navarra y Galicia (Tabla 4.1) (5,14). Por el contrario, Islas Baleares, Comunidad de Madrid y Extremadura son las CCAA con menor proporción de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental con respecto a su población penitenciaria total (Tabla 4.1) (5,14).

La distribución de la población penitenciaria total y de la población con necesidades altas de cuidados de su salud mental es dispar en los centros penitenciarios y las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas.

En la distribución de esta población por centros penitenciarios, se observa que el centro penitenciario de Valencia y los dos situados en Castellón tienen un mayor número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud, mientras que los centros penitenciarios de Menorca, Santa Cruz de la Palma y Soria tienen una persona interna con necesidades altas de cuidados de su salud (Figura 4.4) (5).

Dada la **distribución dispar tanto de la población penitenciaria total y como de la población con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios y las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas**, se puede suponer que las necesidades en atención sanitaria también varían entre los centros penitenciarios y, a su vez, entre las CCAA.

¿Qué recursos sanitarios estructurales hay disponibles?

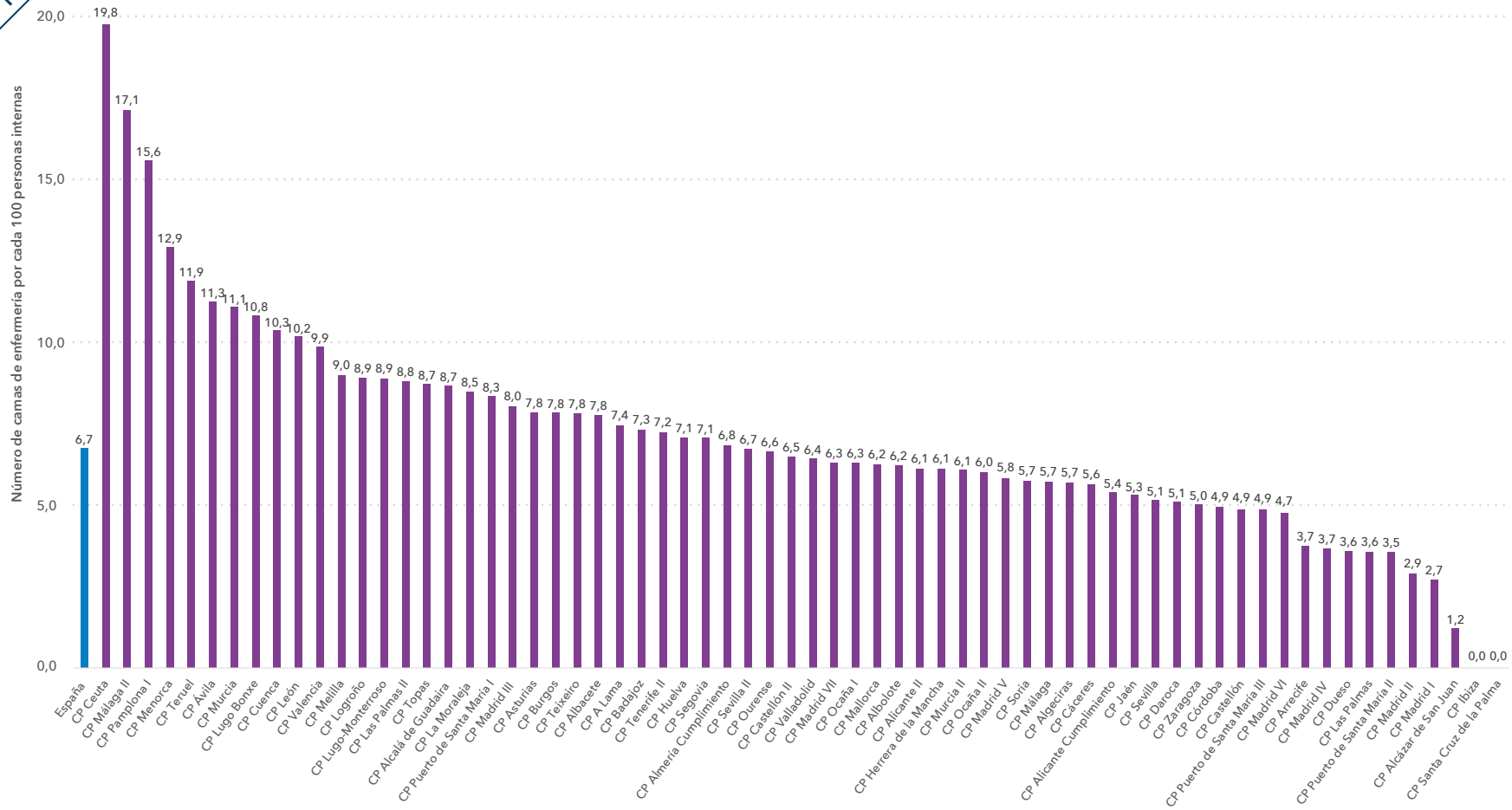
Camas en el módulo de enfermería

Los centros penitenciarios cuentan con módulos de enfermería dotados de los medios materiales necesarios para cubrir la asistencia médica primaria (15). En el año 2020, había un total de 2.916 camas de enfermería distribuidas en 64 de los 66 centros penitenciarios ordinarios (2). **La ratio estimada de camas de enfermería por población penitenciaria para el territorio español era de 6,7 camas por cada 100 personas internas**, variando de manera significativa entre los distintos centros penitenciarios con ratios que oscilaban entre 1,2 (Centro Penitenciario Alcázar de San Juan) y 19,8 (Centro Penitenciario Ceuta) camas por cada 100 personas internas (Figura 4.5) (2).

En general, en los centros de menor tamaño (<450 personas internas) **la ratio de camas de enfermería por cada 100 personas internas era mayor que en los centros de tamaño mediano y grande**,

Figura 4.5

Número de camas de enfermería por cada 100 personas internas por centro penitenciario de comunidad autónoma sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas (2,6)

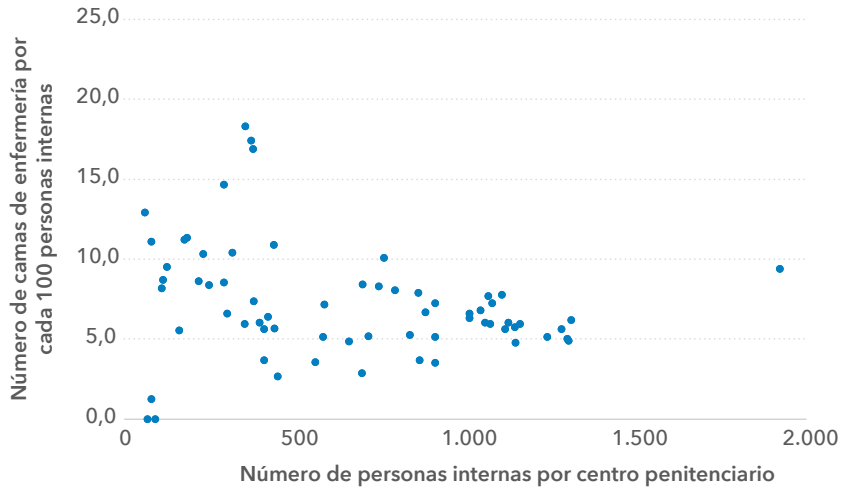


Ratios calculadas a partir de los datos de camas de enfermería por centro penitenciario correspondientes a diciembre 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (2) y de los datos de la población penitenciaria por centro penitenciario correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9). Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Los centros penitenciarios de Ibiza y Santa Cruz de la Palma no disponían de camas de enfermería en el año 2020

siendo superior a 15 camas por cada 100 personas internas en 3 centros penitenciarios (Centro Penitenciario de Málaga II, Ceuta y Pamplona) (Figura 4.6). El Centro Penitenciario de Valencia con una población penitenciaria cercana a 2000 personas internas, contaba con una ratio de 9,4 camas por cada 100 personas internas (2,6).

Figura 4.6

Relación entre la ratio de camas de enfermería por cada 100 personas internas por centro con respecto a su población penitenciaria* (2,6)



* Ratios calculadas a partir de los datos de camas de enfermería correspondientes a diciembre 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (2) y de los datos de la población penitenciaria por centro penitenciario correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9). Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Los centros penitenciarios de Ibiza y Santa Cruz de la Palma no disponían de camas de enfermería en el año 2020.

En el 2021, el número de camas de enfermería disponible en los centros penitenciarios disminuyó en 6 camas con respecto al 2020: en el CP. Almería aumentó en 11 camas, en el CP. de Logroño y en el CP. de Teruel disminuyeron 3 y 14 camas, respectivamente y en el resto de centros no varió (4).

La disponibilidad de camas de enfermería en los centros penitenciarios y zonas de custodia en los hospitales de referencia varía según las regiones y centros penitenciarios, siendo en líneas generales mayor en los centros penitenciarios de menor tamaño (<450 camas).

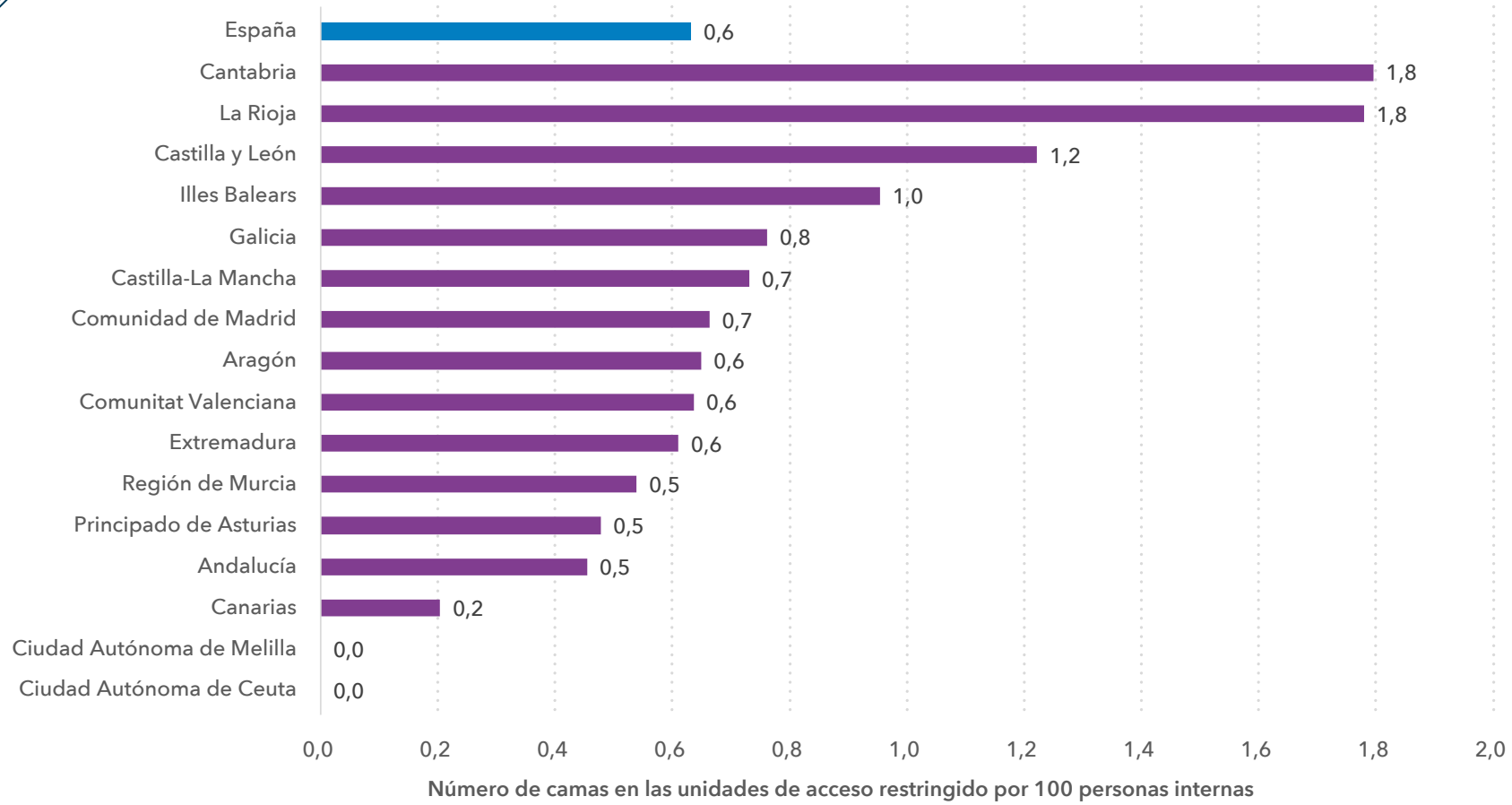
Zonas de custodia en los hospitales de la red sanitaria autonómica

La hospitalización de la población penitenciaria se realiza en las zonas de custodia o UAR de los hospitales de referencia de la red sanitaria pública. Estas unidades pueden ser compartidas por varios centros penitenciarios de una misma provincia y el número de camas por UAR es variable.

En el año 2020, había un total de 209 UAR con una capacidad máxima de 294 camas distribuidas en un total de 39 hospitales de referencia (2). Un total de 5 hospitales no disponían de UAR y la construcción de UAR en 4 hospitales estaba pendiente, aunque

Figura 4.7

Ratio de camas en las Unidades de Acceso Restringido de los hospitales de referencia por cada 100 personas internas por comunidad autónoma sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (2,10)



*Ratios calculados a partir de los datos de camas en unidades de acceso restringido correspondientes a diciembre 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (2) y de los datos de la población penitenciaria por comunidad autónoma correspondientes al diciembre de 2020, extraídos del informe de datos estadísticos nacionales de la población reclusa de diciembre 2020 emitido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial. [Internet]. Ministerio del Interior; 2020 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estadística-mensual-2020 (10).

Nota: Para la elaboración de esta gráfica, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

incluida en el Plan de Amortización y Creación de Centros (2). Así, **el 86% (57/66) de los centros penitenciarios** ordinarios dependientes de la Administración Penitenciaria **disponían de UAR en su hospital de referencia**, suponiendo **una ratio media de 0,6 camas en UAR por cada 100 personas internas** (Figura 4.7) (2,6). Estas ratios de camas en las UAR por cada 100 personas internas varían entre las CCAA dependiendo de la existencia de UAR en los hospitales de referencia, de su número de camas y del número de centros penitenciarios que comparten el uso de las UAR disponibles en los hospitales de referencia de la provincia (2,6). Cantabria y La Rioja tienen una ratio de 1,8 camas en UAR por cada 100 personas internas, mientras que Canarias tiene una ratio de 0,2 camas y Ceuta y Melilla no disponen de UAR. En el año 2021, las UAR aumentaron en 5 y las camas en 3, estando distribuidas en un total de 41 hospitales de referencia (4).

¿Qué recursos sanitarios humanos hay disponibles?

A continuación, se describe la disponibilidad de médicos penitenciarios responsables de la atención primaria de las personas internas en los centros penitenciarios en el año 2020 y los cambios que ha habido entre los años 2018 y 2021. Para ello, se han estimado las ratios de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas a partir de datos oficiales correspondientes a un corte transversal (fotos estáticas).

La disponibilidad de médicos especialistas en psiquiatría en los centros penitenciarios ordinarios se corresponde con datos del año 2019. Adicionalmente, se muestra los tipos de atención psiquiátrica disponibles en los centros penitenciarios de acuerdo a su vinculación contractual y su dedicación estimada.

Médicos penitenciarios

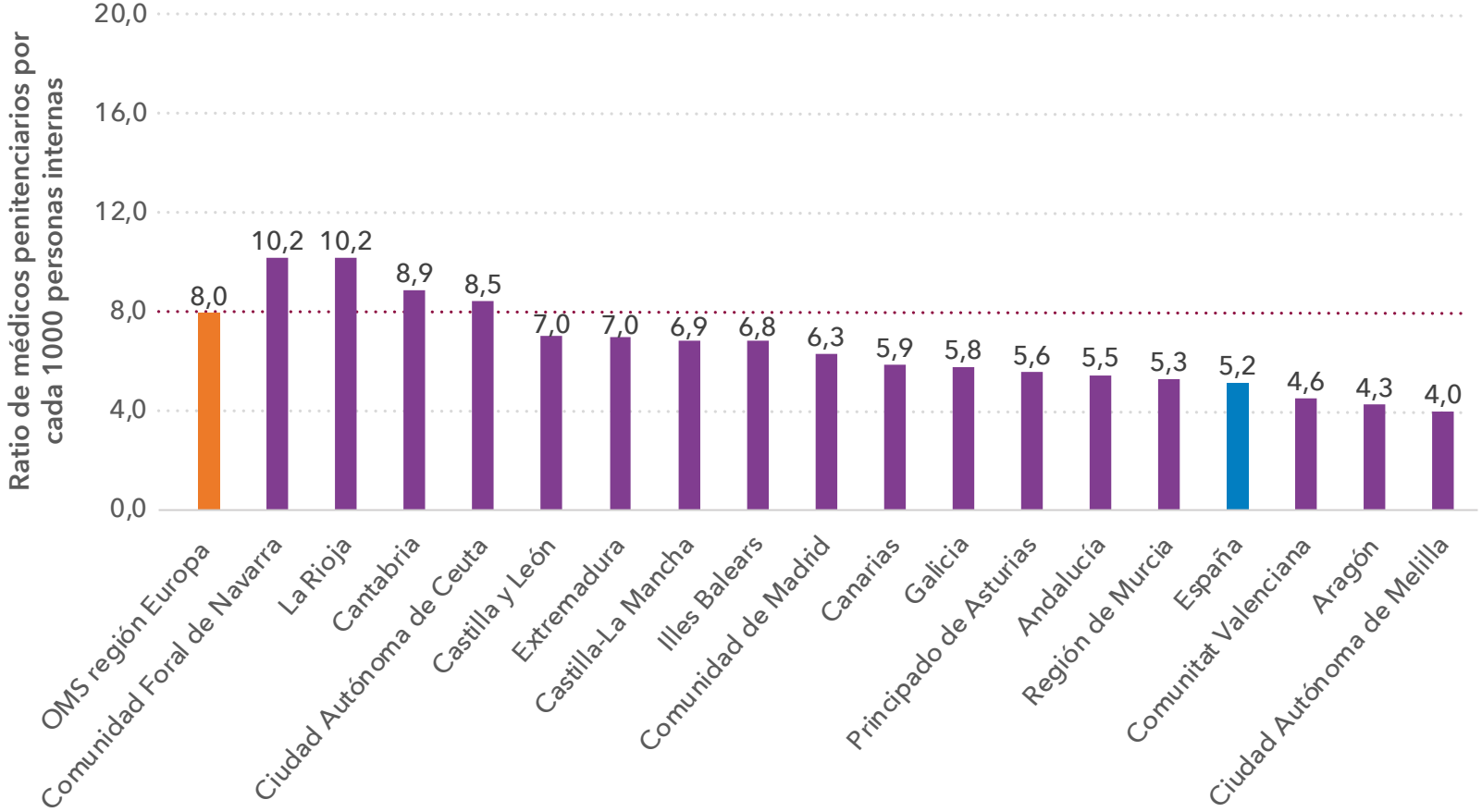
En el 2020, **la ratio media estimada de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas en España (5,2) era inferior a la ratio media para la región europea estimada por la OMS de 8,0.** Los centros penitenciarios de la Comunidad Foral de Navarra (10,2), la Rioja (10,2), Cantabria (8,9) y Ciudad Autónoma de Ceuta (8,5) tenían una ratio superior a la media estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Figura 4.8). En el resto de las CCAA y en Melilla, se estimó una ratio inferior o igual a 7 médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas (9,16).

Con respecto a los centros penitenciarios, **esta ratio fue significativamente menor en los centros de mayor tamaño que en los centros más pequeños** (Figura 4.9) (9,16).

La ratio media de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas en los centros penitenciarios españoles es inferior a la estimada por la Organización Mundial de la Salud y tiende a disminuir a pesar de que la población penitenciaria también disminuya.

Figura 4.8

Ratio de médicos penitenciarios por 1000 personas internas por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (9,16)



OMS: Organización Mundial de la Salud

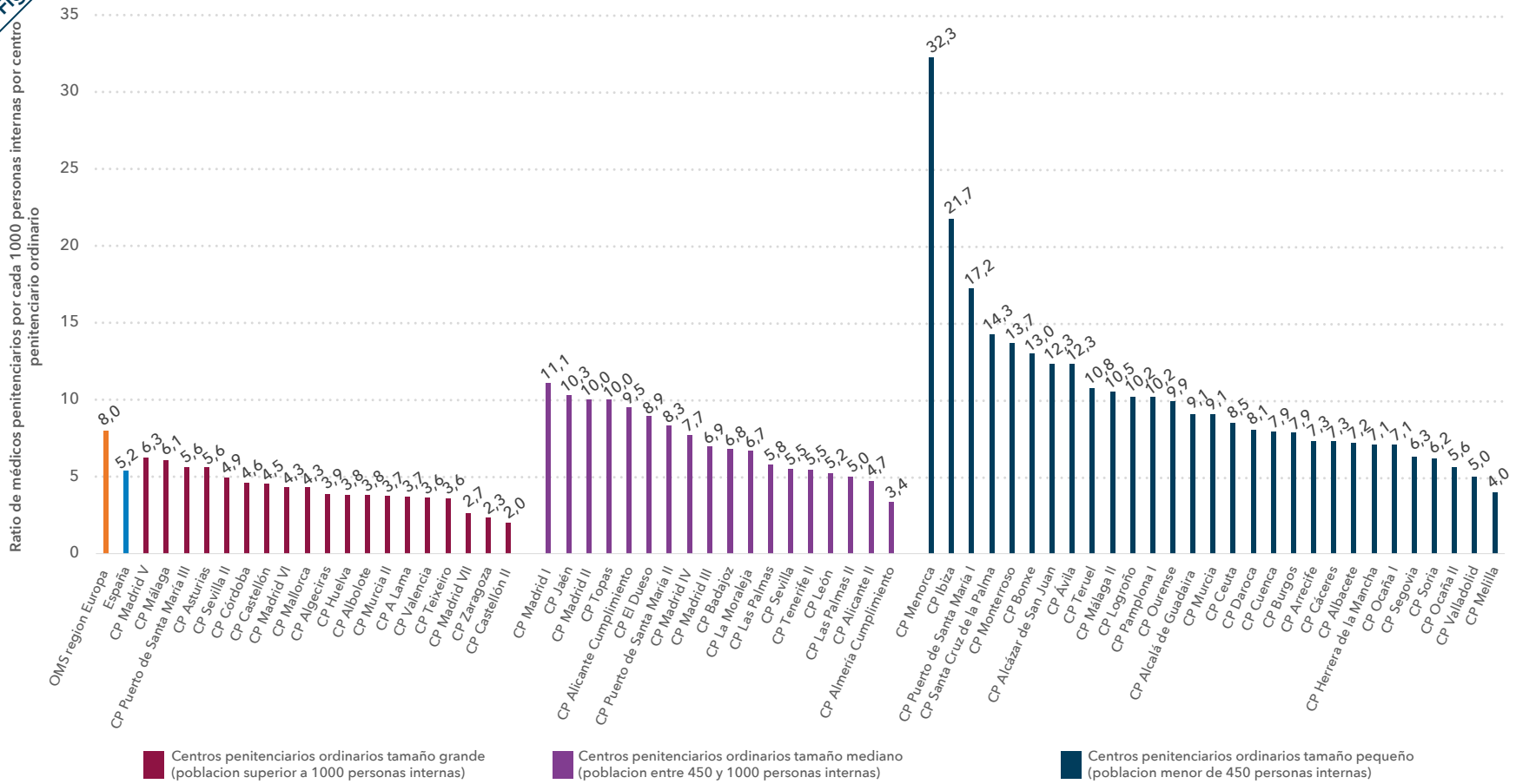
*Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9). Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Dato de referencia extraído del informe "Status report on prison health in the WHO European Region" de la Organización Mundial de la Salud Región de Europa del 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674(16)

Nota: Para la elaboración de esta gráfica, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

Figura 4.9

Ratio de médicos penitenciarios por 1000 personas internas por centro penitenciario ordinario en comunidades autónomas sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas * (9,16)



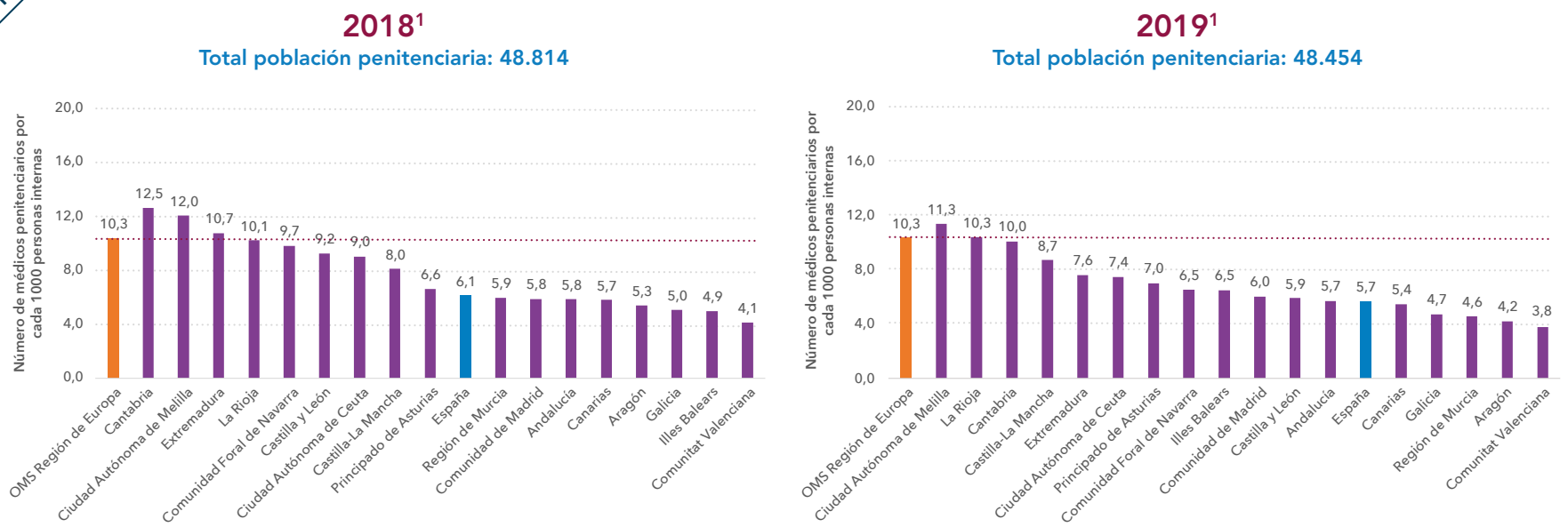
CP: centro penitenciario; OMS: Organización Mundial de la Salud

*Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Dato de referencia extraído del informe *"Status report on prison health in the WHO European Region"* de la Organización Mundial de la Salud Región de Europa del 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674(16)

Figura 4.10

Evolución de la ratio de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas por comunidad autónoma sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas entre 2018 y 2021* (7–9,14,16,17) (parte 1)



OMS: Organización Mundial de la Salud

*Nota importante: Los datos sobre personal médico se extrajeron de fuentes oficiales diferentes con métodos de recogida y tratamiento de datos desconocidos. Así los datos de personal médico del 2018 y 2019 reportan el número de médicos y médicos interinos por centro penitenciario mientras que los del 2021 informan sobre el número de subdirectores de servicios médicos, jefes de servicios médicos, médicos y médicos interinos.

1. Ratios calculados a partir de los datos de personal médico (incluyendo médicos interinos) en los años 2018 y 2019 (extraídos de la respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 12086) al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB). Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e1/e_0012086_n_000.pdf) (7) y los datos de población penitenciaria de los años 2018 y 2019 publicados en el Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de la Población Reclusa [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/ (14).

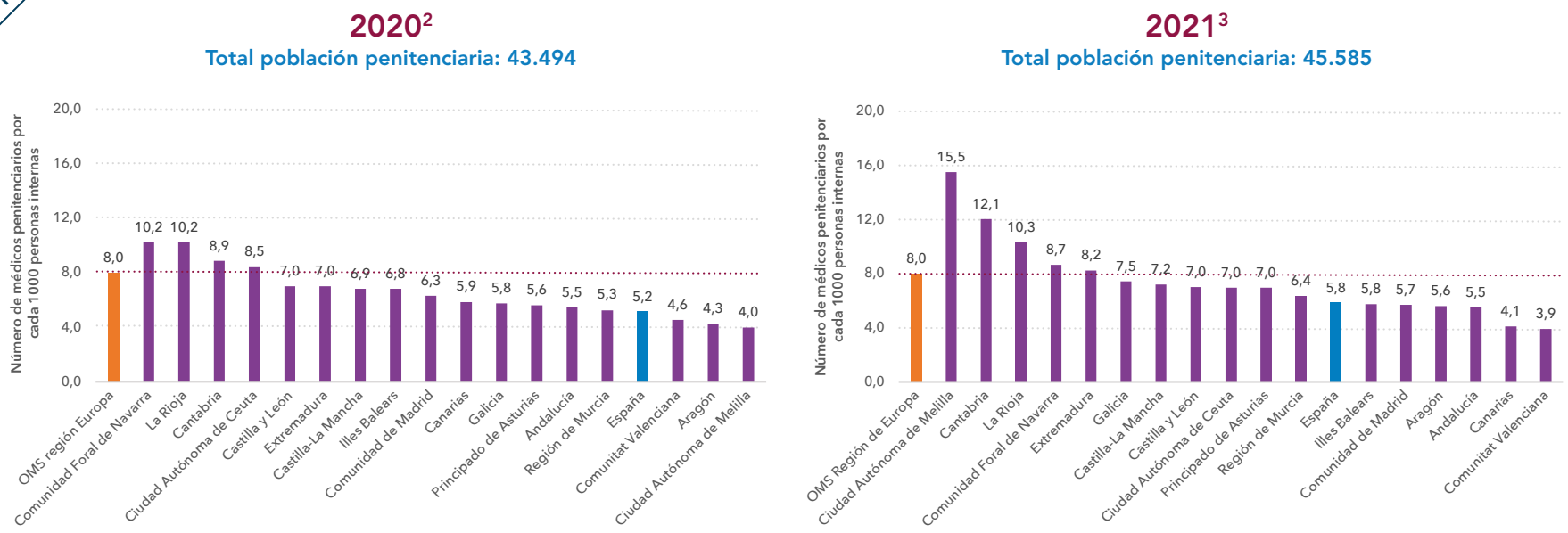
Estos ratios se han calculado sin la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. Al no disponer de los datos de personas internas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios en los informes generales del 2018 y 2019, se ha hecho una asunción empleando los datos de personas internas del 2020 (151 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla y 242 para el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante) y se han restado de los datos de población penitenciaria del Poder Judicial de los años correspondientes que incluyen a la población interna de los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Dato de referencia para los años 2018 y 2019 extraído del informe *"Status report on prison health in the WHO European Region"* de la Organización Mundial de la Salud, Región de Europa del 2019 .[Internet]. WHO Regional Office for Europe. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf (17).

Nota: Para la elaboración de estas gráficas, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA.

Figura 4.10

Evolución de la ratio de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas por comunidad autónoma sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas entre 2018 y 2021* (7–9,14,16,17) (parte 2)



OMS: Organización Mundial de la Salud

*Nota importante: Los datos sobre personal médico se extrajeron de fuentes oficiales diferentes con métodos de recogida y tratamiento de datos desconocidos. Así los datos de personal médico del 2018 y 2019 reportan el número de médicos y médicos interinos por centro penitenciario mientras que los del 2021 informan sobre el número de subdirectores de servicios médicos, jefes de servicios médicos, médicos y médicos interinos.

2. Ratios calculados a partir de los datos correspondientes a 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020)(9).

3. Ratios calculados a partir de los datos de médicos (incluyendo subdirector o jefe de servicio médico, médico y médico interino art. 10.1.C) correspondientes a 2021 que se extrajeron de la respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 86386) al Congreso 184/29089- 27/11/2020 de Santamaría Ruiz, Luis (GP); Borrego Cortés, Isabel María (GP); Vázquez Blanco, Ana Belén (GP); Rojas García, Carlos (GP). Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2021 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e8/e_0086386_n_000.pdf (8) y los datos de población penitenciaria de 2021 publicados en el Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de la Población Reclusa [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/ (14).

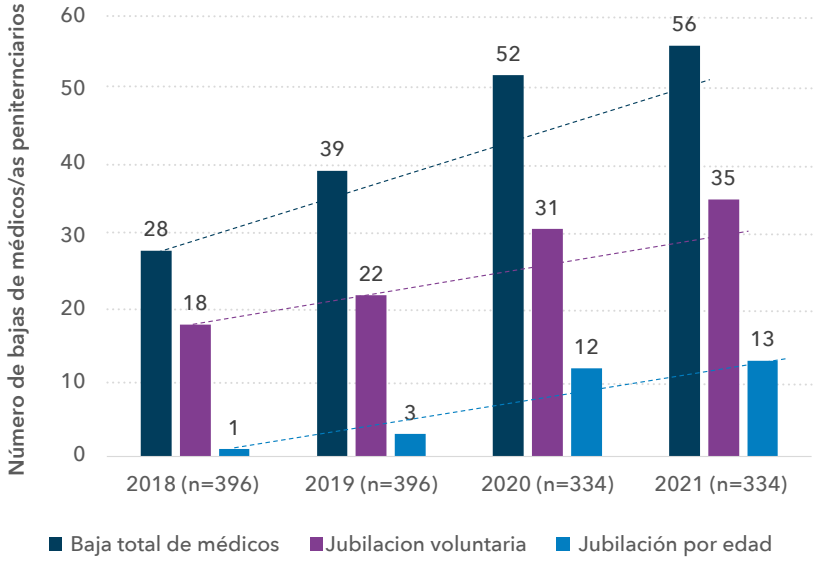
Dato de referencia para los años 2020 y 2021 extraído del informe *"Status report on prison health in the WHO European Region"* de la Organización Mundial de Salud, Región de Europa del 2020 WHO Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region [Internet]. 2020. [citado 03 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674 (16).

Nota: Para la elaboración de estas gráficas, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA.

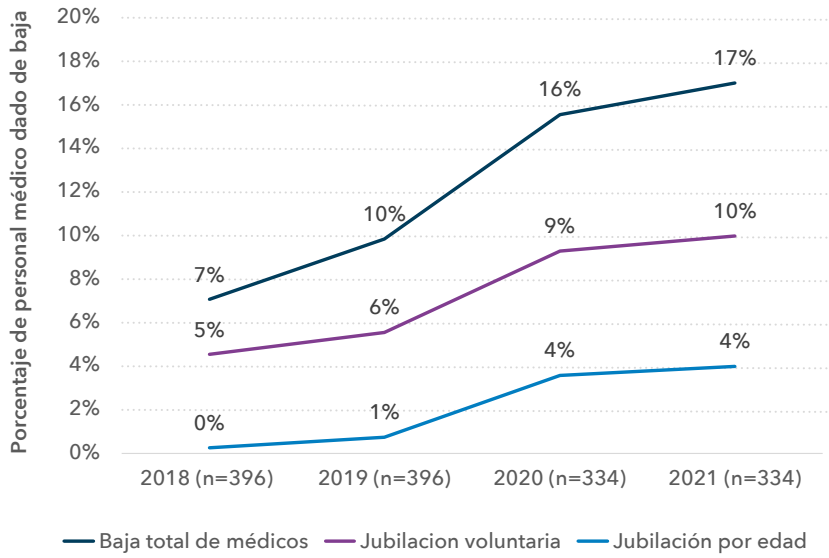
La disminución de la ratio de personal médico entre 2018 y 2020 (Figuras 4.10 y 4.11), se explica por una reducción del personal médico comparativamente mayor al decrecimiento de la población penitenciaria que no se compensa en el espacio de tiempo considerado. Según datos oficiales, **entre 2018 y 2021, un total de 175 médicos penitenciarios dejaron de ejercer sus funciones en los centros penitenciarios**, de los cuales 106 fueron por jubilación voluntaria y 29 por jubilación debida a la edad (Figura 4.11a) (1–4). Con respecto al total del personal médico penitenciario, dejaron de ejercer sus funciones en los centros penitenciarios un 7%, 10%,16% y 17% de los médicos penitenciarios en el 2018, 2019,2020 y 2021, respectivamente (Figura 4.11b) (1–4).

Figura 4.11 Bajas de médicos penitenciarios entre 2018 y 2021* (1–4)

A) Número total de médicos penitenciarios que abandonaron la Institución Penitenciaria, según diversas causas



B) Porcentaje de personal médico que abandonó la Institución Penitenciaria con respecto al total del personal médico según diversas causas



*Datos correspondientes a los años 2018, 2019, 2020 y 2021, extraídos de los correspondientes informes generales de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (1–4)

A pesar de los procesos selectivos de oposición libre para personal médico convocados anualmente por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, las plazas vacantes apenas se cubrieron entre 2018 y 2020 (1–3). En los procesos selectivos del 2018 y del 2019 se ocuparon 7 y 8 plazas, de un total de 35 y 40 plazas, respectivamente. La oferta de plazas de personal interino convocadas, con carácter temporal, tampoco se cubrió en su totalidad en el año 2020 (65 plazas cubiertas de 80 ofertadas) (2).

En el 2021, se ofertaron 40 nuevas plazas de facultativos de sanidad penitenciaria (4) y en el 2022, se convocaron 80 plazas de las cuales 70 plazas fueron para las especialidades en medicina familiar y comunitaria y medicina Interna y 10 para especialidad de Psiquiatría (18). En el momento de la elaboración de este Libro Blanco no se conocía el estado de estos procesos selectivos. Sin embargo, es esperable que las nuevas plazas se cubran mínimamente como ocurrió con los procesos selectivos de años anteriores, modificando ligeramente la disponibilidad de personal médico necesario para el cuidado de la personas internas en los centro penitenciarios.

Médicos especialistas en psiquiatría

Según datos oficiales del 2019, **existe sólo un médico especialista en psiquiatría contratado por la Administración Penitenciaria que ejerce en el Centro Penitenciario Madrid II** (7) (Figura 4.12). Por lo tanto, **no hay médicos psiquiatras contratados en plantilla** en los centros penitenciarios de las CCAA sin competencias de sanidad transferidas.

La OMS estimó para la región europea una ratio de referencia de 1,3 médicos psiquiatras por cada 1000 personas internas en el año 2019 y 2020 (16)

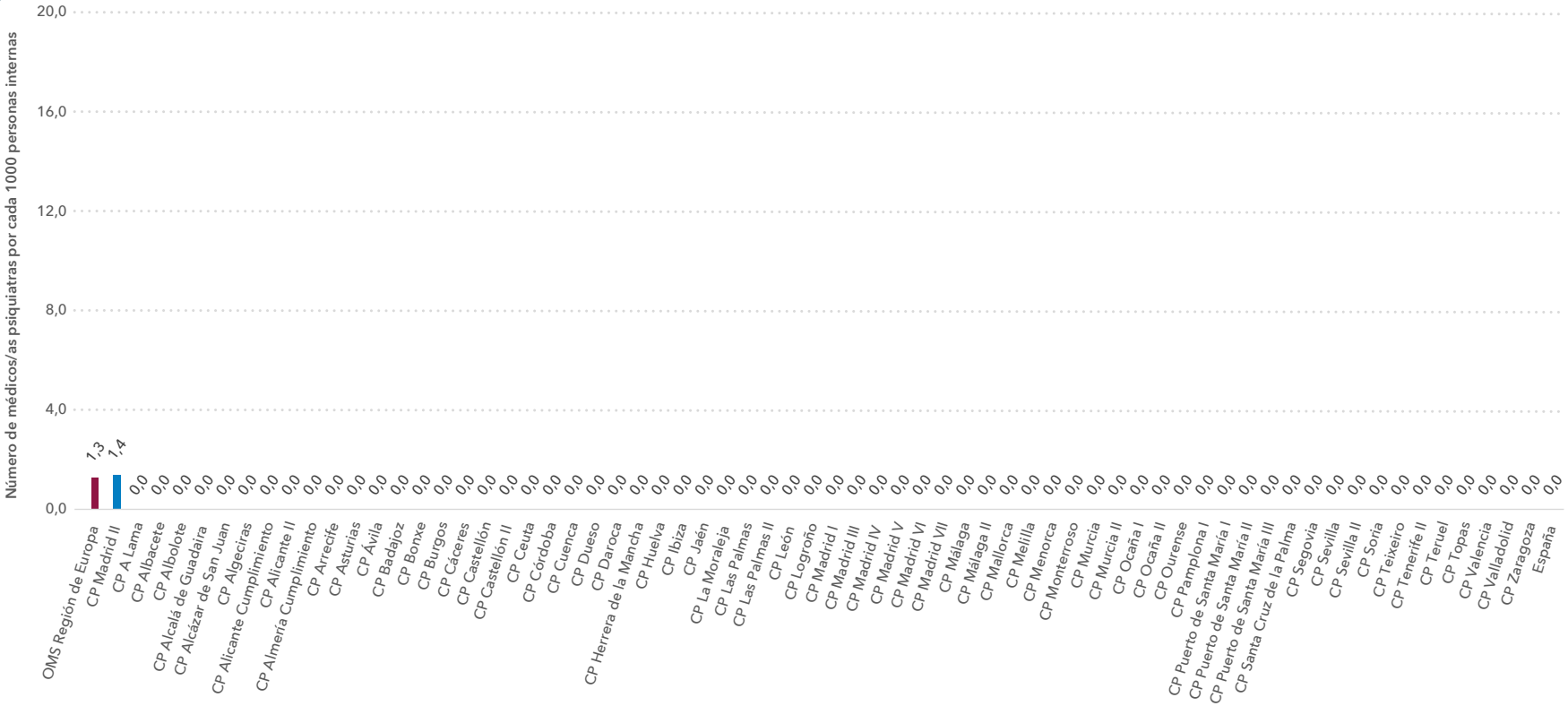
La **atención especializada en psiquiatría** en los centros penitenciarios de la Administración Penitenciaria se lleva a cabo **mediante médicos psiquiatras que actúan como interconsultores** con diversas formas de vinculación contractual. En el año 2022, el 95% de los centros penitenciarios brindaban asistencia especializada en Psiquiatría a su población interna, de los cuales el 61% (38/62) estaba prestada por especialistas vinculados a los servicios públicos (Figura 4.13) (19).

Los médicos psiquiatras son interconsultores cuya dedicación es variable según los centros, siendo de 3 horas semanales en el mejor de los casos.

No hay datos oficiales publicados sobre la dedicación de los médicos psiquiatras interconsultores ni el tipo de contrato establecido para prestar sus servicios. No obstante, los profesionales sanitarios penitenciarios que participaron en los grupos focales realizados para este Libro Blanco estimaron **una dedicación aproximada de los médicos psiquiatras interconsultores de 3h semanales que es inferior al 7,5% del tiempo completo (de 40 horas/semanales)**,

Figura 4.12

Ratio de médicos psiquiatras por cada 1000 personas internas por centro penitenciario ordinario sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (7,16,17)



OMS: Organización Mundial de la Salud

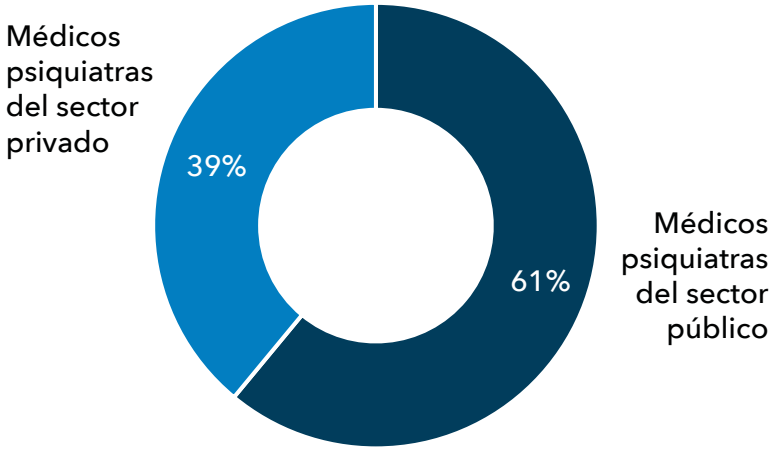
*Datos correspondientes al año 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 12086) al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB). Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e1/e_0012086_n_000.pdf. (7). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Dato de referencia extraído del informe "Status report on prison health in the WHO European Region" de la Organización Mundial de la Salud, Región de Europa del 2019 .[Internet]. WHO Regional Office for Europe. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf (17)

Dato de referencia extraído del informe "Status report on prison health in the WHO European Region" de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Región de Europa del 2022(16)

Figura 4.13 Distribución de la atención psiquiátrica según vinculación contractual (público vs privado) en los centros penitenciarios de las comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (19)

62 de 65 centros penitenciarios (95%) tienen atención psiquiátrica



Datos correspondientes al año 2022, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.(19)

Tabla 4.2 Dedicación de médico psiquiatra interconsultor estimada por personal sanitario penitenciario participante en los grupos focales

TAMAÑO DEL CENTRO PENITENCIARIO	DEDICACIÓN DE MÉDICO PSIQUIATRA INTERCONSULTOR ESTIMADA POR PERSONAL SANITARIO PENITENCIARIO PARTICIPANTE
Pequeño (<450 personas internas)	· Frecuencia: una vez al mes (aproximadamente) · Duración: unas horas (< 8 horas) · Porcentaje de dedicación a tiempo completo*: < 5%
Mediano (450-1000 personas internas)	· Frecuencia: un vez a la semana o cada dos semanas · Duración: 2- 3 horas · Proporción de dedicación a tiempo completo*: 2,5%- 7,5%
Grande (>1000 personas internas)	· Frecuencia: una vez a la semana · Duración: 2-3 horas · Proporción de dedicación a tiempo completo*:5%- 7,5%

*Asumiendo que una dedicación a tiempo completo (100%) corresponde a una dedicación de 8 horas al día durante 5 días a la semana (40 horas/semanales)

en los centros penitenciarios en los que la frecuencia de visitas es más constante y alta. En la Tabla 4.2 se resumen las principales estimaciones hechas por los profesionales sanitarios, según su pertenencia a un centro penitenciario de pequeño, mediano o gran tamaño, respectivamente.

De acuerdo con las recomendaciones del informe del Comité Europeo de Prevención de la Tortura que hizo en 2021, tras su visita a varios centros penitenciarios españoles, **la dotación psiquiátrica para cada centro penitenciario debería ser el equivalente a una dedicación de tiempo completo de al menos un médico psiquiatra** (20).

¿Qué utilización se hace de los recursos sanitarios psiquiátricos disponibles en los centros penitenciarios ordinarios?

Consultas especializadas en psiquiatría

La atención especializada, incluida la psiquiátrica, en el ámbito penitenciario puede proporcionarse de tres formas distintas: 1) en el propio centro penitenciario, 2) en los servicios sanitarios autonómicos correspondientes (exterior), o 3) mediante telemedicina.

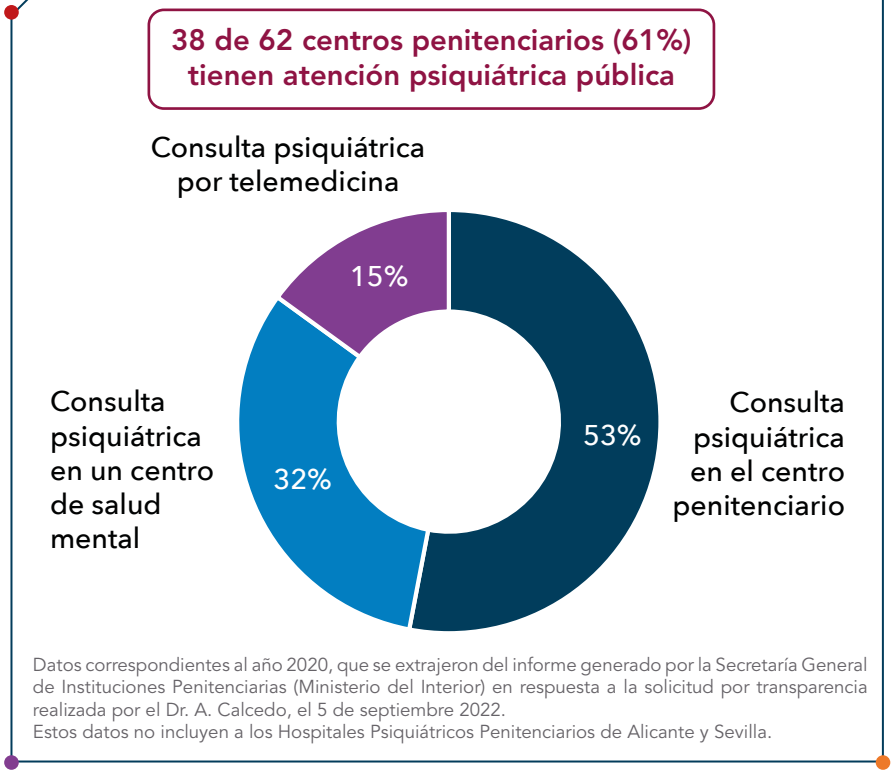
En el año 2022, **62 de los 66 centros penitenciarios ordinarios ofrecían atención psiquiátrica proporcionada por los servicios públicos autonómicos a su población interna.** En 53% (20/38) de ellos, las consultas se realizaban en el mismo centro penitenciario, 32% (12/38) en los servicios sanitarios autonómicos correspondientes (exterior) y 15% (6/38) a través de telemedicina (Figura 4.14).

No hay información disponible sobre cómo se llevan a cabo las consultas especializadas en psiquiatría cuando la atención psiquiátrica la prestan interconsultores psiquiátricos privados contratados (19).

En el año 2020, se realizaron un total de 12.130 consultas especializadas en psiquiatría que representaron el 15% del total de 79.435 consultas especializadas realizadas en los centros penitenciarios. La especialidad de psiquiatría fue la segunda especialidad más frecuente, después de odontología/estomatología (Figura 4.15).

Por CCAA, psiquiatría fue la primera o segunda especialidad más frecuentemente consultada e independientemente del tamaño del centro penitenciario (21).

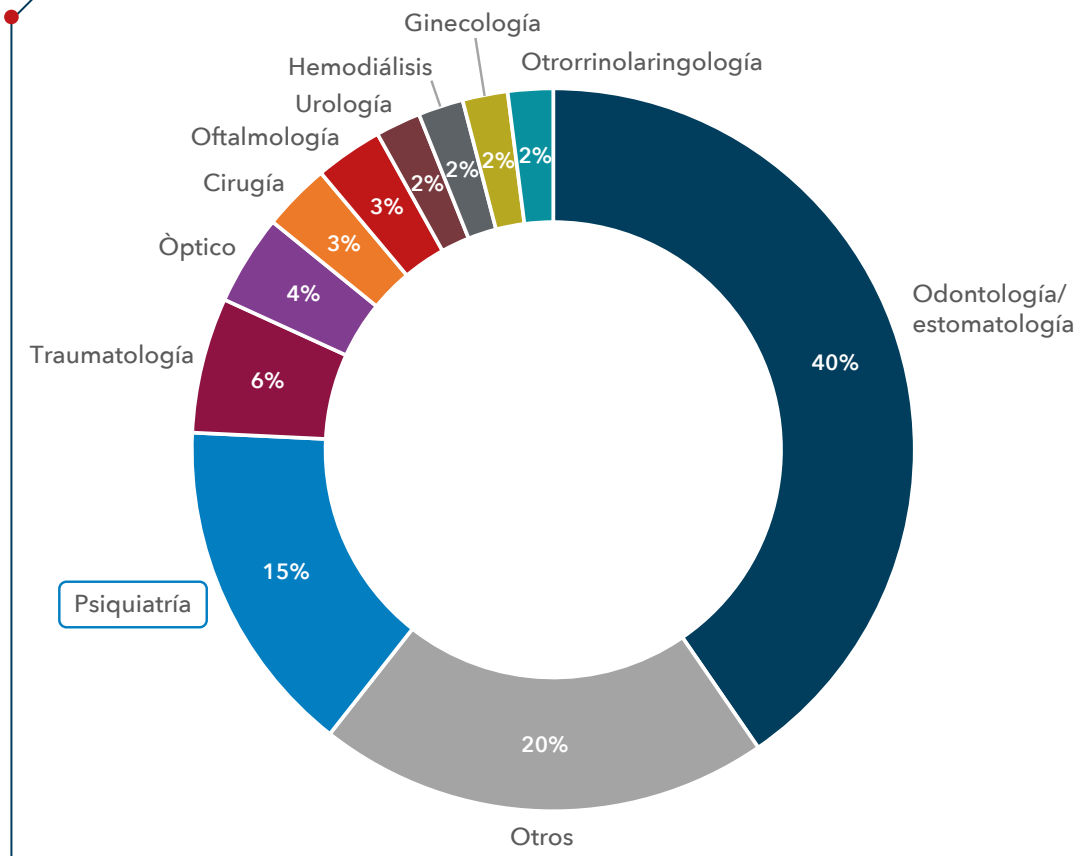
Figura 4.14 Distribución del tipo de consulta especializada en psiquiatría que reciben los centros cuya atención psiquiátrica está prestada por servicios de salud públicos autonómicos* (19)



Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022.
Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Figura 4.15

Porcentaje de consultas según especialidad con respecto al total de consultas especializadas en el total de la población penitenciaria sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (21)



*Datos correspondientes al año 2020, extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo I Atención especializada de IIPP: global y centros 2020 (21). Estos datos no incluyen las consultas especializadas de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla

#Otros incluye las siguientes especialidades: cardiología, cirugía ambulatoria, dermatología, endocrinología, enfermedades infecciosas, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, obstetricia, oncología, otras consultas, otras salidas diagnósticas o terapéuticas, rehabilitación, reumatología, sesiones radioterapia y sesiones rehabilitación.

El mayor número (51%) de consultas en psiquiatría se registraron en la Comunidad Foral de Navarra y el menor número (4%) en la Comunidad Valenciana (Figura 4.16a). En 13 CCAA y Melilla, **más del 80% de las consultas en psiquiatría se realizaron en el propio centro penitenciario.** En Ceuta y en la Rioja, todas las consultas se realizaron en el exterior. En Extremadura más del 70% de las consultas se realizaron por telemedicina (21) (Figura 4.16b).

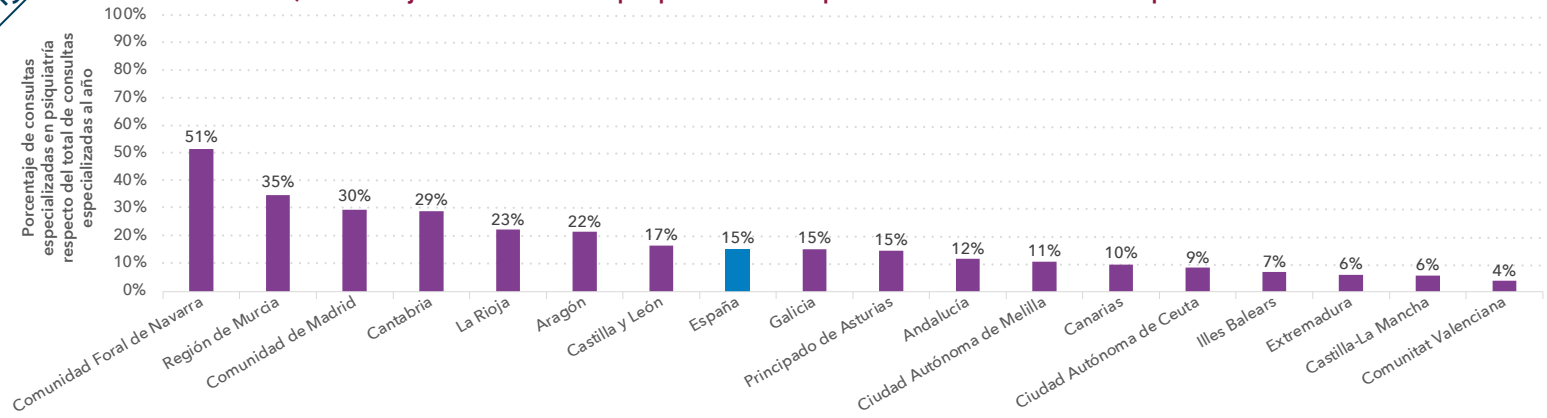
El uso de los recursos psiquiátricos varía según los centros y regiones, destacando que:

- *las consultas en psiquiatría son la segunda especialidad más frecuente y que tienen lugar mayoritariamente en los propios centros penitenciarios.*
- *un tercio de los ingresos en el módulo de enfermería son por patología psiquiátrica y varía entre el 7% y el 67% según CCAA*
- *las altas hospitalarias, tras ingreso por trastorno mental, representan el 4% de las altas totales y son más frecuentes en centros penitenciarios medianos y pequeños que en centros grandes.*

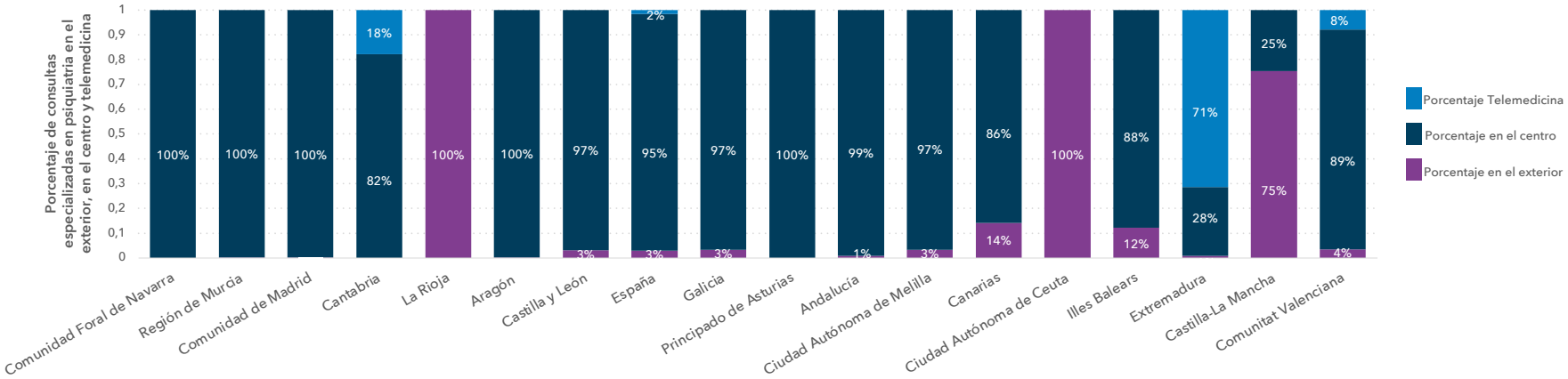
Figura 4.16

Consultas especializadas en psiquiatría por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas en el año 2020* (21)

A) Porcentaje de consultas en psiquiatría con respecto al total de consultas especializadas



B) Porcentaje de consultas en psiquiatría realizadas en el centro, en el exterior y por telemedicina



* Porcentajes calculados a partir de los datos de número de consultas especializadas en psiquiatría por CCAA y número total de consultas especializadas por CCAA *100, extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo I Atención especializada de IIPP: global y centros 2020 (21)

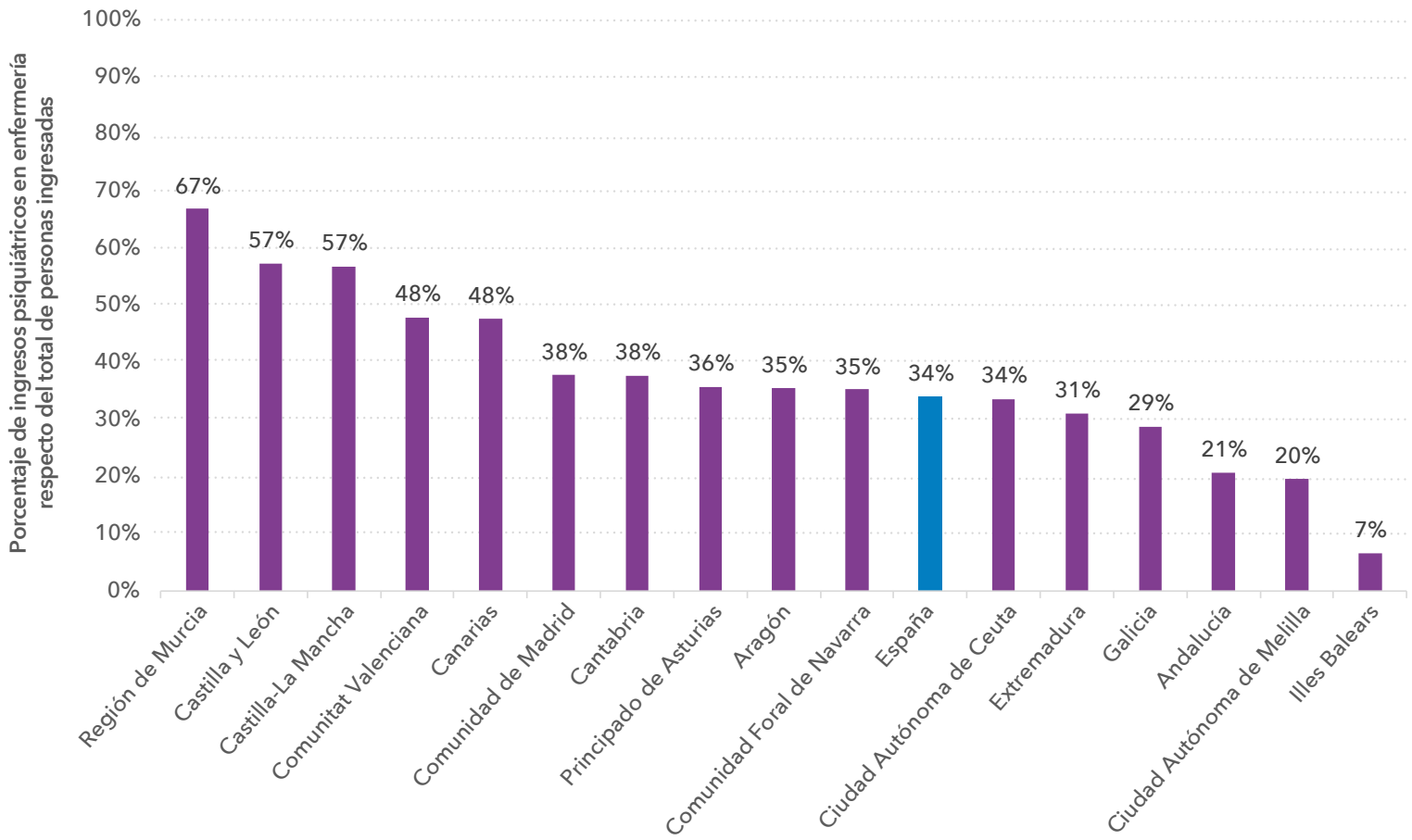
Los centros Albolote, Ávila, Logroño, Murcia 2 y Tenerife no enviaron los datos del año 2020

No incluye los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de estas gráficas, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

Figura 4.17

Porcentaje de ingresos en el módulo de enfermería por patología psiquiátrica con respecto al total de ingresos por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (9)



*Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9)

Los centros penitenciarios de Albolote, Ávila, Logroño, Murcia 2 y Tenerife no proporcionaron los datos del año 2020 a Instituciones Penitenciarias. Estos datos no incluyen a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de esta gráfica, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA.

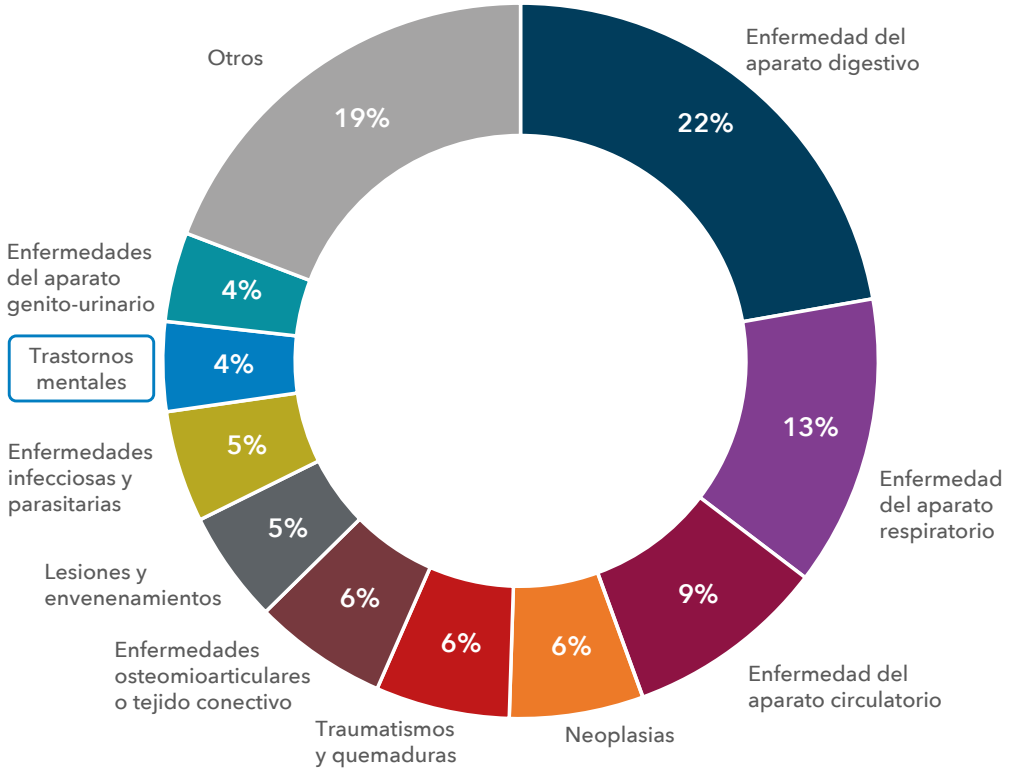
Ingresos en el módulo de enfermería de los centros penitenciarios por patología psiquiátrica

En el territorio español dependiente de la Administración Penitenciaria en el año 2020, se produjeron un total de 21.504 ingresos en el módulo de enfermería de los centros penitenciarios ordinarios, siendo 7.289 (34%) por patología psiquiátrica. En 5 CCAA, el porcentaje de ingresos por patología psiquiátrica en el módulo de enfermería superó el 40% con respecto al total de ingresos (Figura 4.17) (9).

Altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental

En el año 2020, se registraron un total de 2.448 ingresos en hospitales de referencias de la red sanitaria pública y 2.460 altas hospitalarias, siendo la estancia media de 6,3 días. (22). A pesar de que habitualmente se reporta el uso de los recursos hospitalarios como ingresos, a continuación, se reporta la frecuencia en el uso de los hospitales de referencia de la red sanitaria autonómica por trastorno mental como altas hospitalarias, porque es el dato proporcionado por la

Figura 4.18 Porcentaje de altas hospitalarias según motivo de ingreso hospitalario con respecto al total de altas hospitalarias en el total de la población penitenciaria sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas (22)



*Datos correspondientes al año 2020, extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo IV Ingresos hospitalarios de IIPP: Nacional, CC.AA. y centros 2020. Estos datos no incluyen las altas hospitalarias de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla (22)

#Otros incluye los siguientes motivos de ingreso: envenenamiento accidental por drogas, enfermedad de la piel y tejido subcutáneo, enfermedad sistema nervioso y órganos de los sentidos, infección por virus de inmunodeficiencia humana sin tuberculosis, enfermedades otorrinolaringológicas, causas obstétricas, enfermedades endocrinas, metabólicas e inmunitarias, enfermedad de la sangre y órganos hematopoyéticos, enfermedades oftalmológicas, enfermedades cavidad oral, salivares y maxilares, tuberculosis sin infección por virus de inmunodeficiencia humana, enfermedades ginecológicas, síntomas, signos y estados mal definidos e infección por virus de inmunodeficiencia humana más tuberculosis

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en su informe correspondiente (22). Así, en el territorio español dependiente de la Administración Penitenciaria Central, las altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental representaron el 4% del total de las altas hospitalarias (97/344). Representaron el noveno motivo de ingreso hospitalario más frecuente entre los motivos de ingreso más frecuentes documentados (22) (Figura 4.18).

El porcentaje de altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental con respecto al total de altas hospitalarias por CCAA varió entre 0,8% (Galicia) y 25% (La Rioja y Navarra) (Figura 4.19). **Las altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental se registraron con más frecuencia en centros penitenciarios medianos y pequeños que en centros grandes** (22). Más del 40% de los centros (29/66) no registraron altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental (22). La estancia media en el hospital de referencia por trastorno mental varió de 1 día hasta 27 días (22).

Relación entre el uso de recursos psiquiátricos con respecto al tamaño de la población penitenciaria con necesidades altas de cuidados de su salud mental por comunidades autónomas

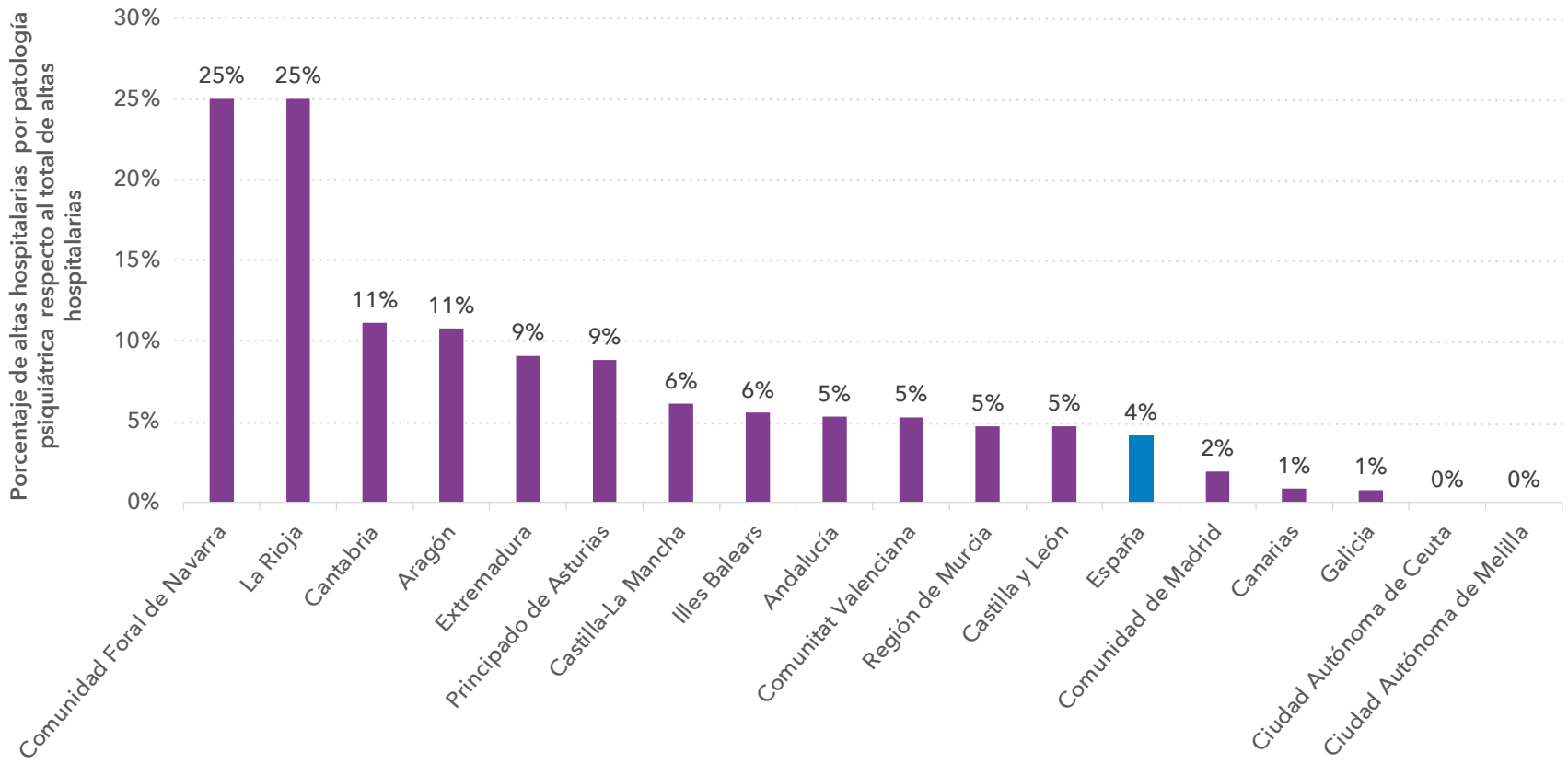
En general, **no existe una relación directa entre el uso de recursos psiquiátricos y el tamaño de la población penitenciaria con necesidades altas de cuidados de su salud mental**, de tal forma que un mayor tamaño de esta población no se corresponde con un mayor uso de recursos psiquiátricos por CCAA. Igualmente el tipo de recurso psiquiátrico usado varía por CCAA y no está relacionado con el tamaño de la población penitenciaria con necesidades altas de cuidados de su salud mental (Figura 4.20) (5,7,21,22). Así, la Comunidad Valenciana con uno de los porcentajes más altos de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental (5,7%) con respecto a la población penitenciaria total, registra el porcentaje más bajo (4%) de consultas especializadas en psiquiatría. Por el contrario, en la Comunidad de Madrid, con 2,2% de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, el 30% de las consultas especializadas que se documentan son psiquiátricas y 38% de los ingresos en el módulo de enfermería son por patología psiquiátrica lo que corresponde a un uso de recursos psiquiátricos alto en comparación con otras CCAA (21,22).

La Región de Murcia y Castilla y León tienen los porcentajes más altos de ingresos en el módulo de enfermería (67% y 57%, respectivamente) a pesar de tener poblaciones con necesidades altas de cuidados de su salud mental por debajo del valor medio de España (3,7%) (21,22).

El porcentaje del uso de los hospitales de referencia de la red sanitaria por trastorno mental es más elevado en la Comunidad Foral de Navarra, que tiene la población más alta (9,1%) de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, seguida de la Rioja cuya población de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental es de las más bajas (2,8%) (21,22).

Figura 4.19

Porcentaje de altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental por cada 100 altas hospitalarias por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (22)



* Porcentajes calculados a partir de los datos de altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental por CCAA y de altas hospitalarias totales de cada CCAA, correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo IV Ingresos hospitalarios de IIPP: Nacional, CC.AA. y centros 2020.

Estos datos no incluyen las altas hospitalarias de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

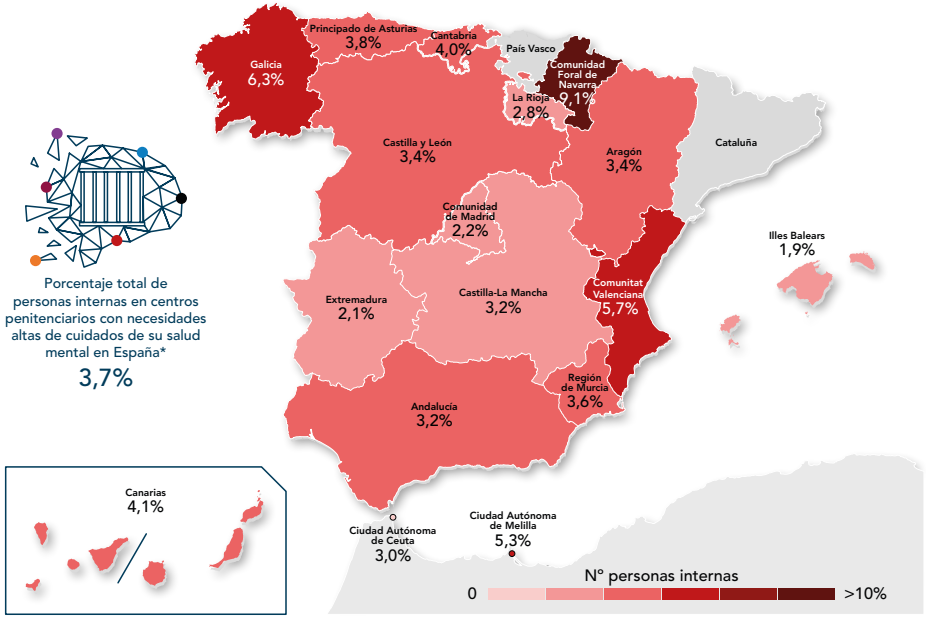
En Ceuta y Melilla no se reportan ingresos por trastorno mental, se desconoce si es debido a ausencia del recurso de atención hospitalaria por trastorno mental o debido a que no hay personas internas con trastorno mental con necesidad de hospitalización.

Nota: Para la elaboración de esta gráfica, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

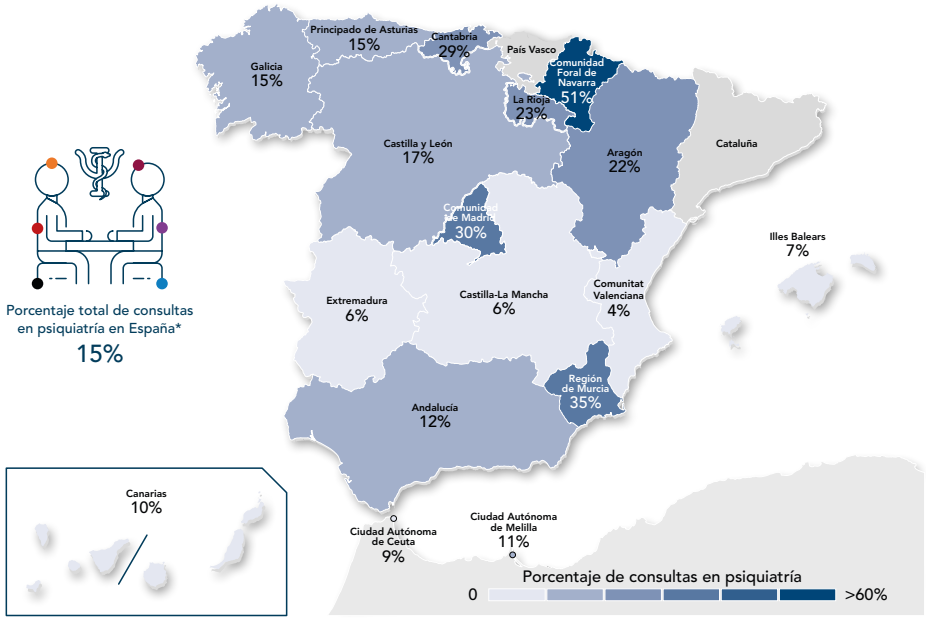
Figura 4.20

Porcentaje de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en comparación con el porcentaje del uso de recursos psiquiátricos por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas (5,7,21,22) (parte 1)

A) Porcentaje de **personas internas** con **necesidades altas de cuidados de su salud mental** en centros penitenciarios ordinarios por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas en el año 2019



B) Porcentaje de **consultas en psiquiatría** respecto al total de consultas especializadas por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas en el año 2020*



[A] Porcentajes calculados a partir de los datos correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (5).

[B] Porcentajes calculados a partir de los datos de número de consultas especializadas en psiquiatría por CCAA y número total de consultas especializadas por CCAA *100, extraídos del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo I Atención especializada de IIPP: global y centros 2020 (9).

* Nota importante: Se debe tener en cuenta que se están relacionando datos de población con necesidades altas en el cuidado de su salud mental correspondientes al 2019 (no se dispone de datos públicos del 2020) con datos sobre el uso de recursos psiquiátricos correspondientes al 2020, con la asunción de que la población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental del 2019 es próxima a la del 2020 puesto que el objetivo de esta figura es mostrar al lector la tendencia dispar que hay en el uso de los recursos psiquiátricos en las CCAA que no se correlaciona con la población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental.

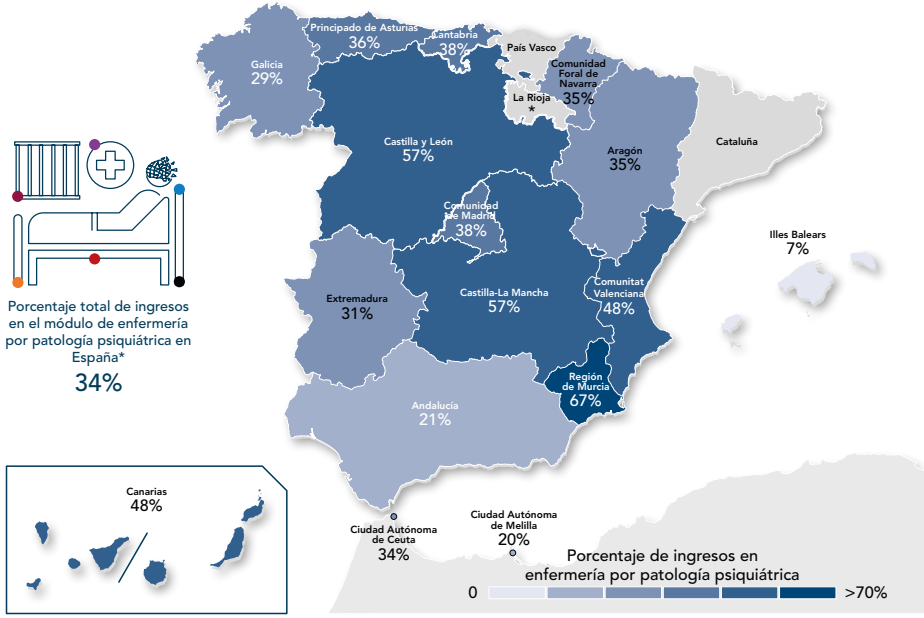
Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de estos mapas, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

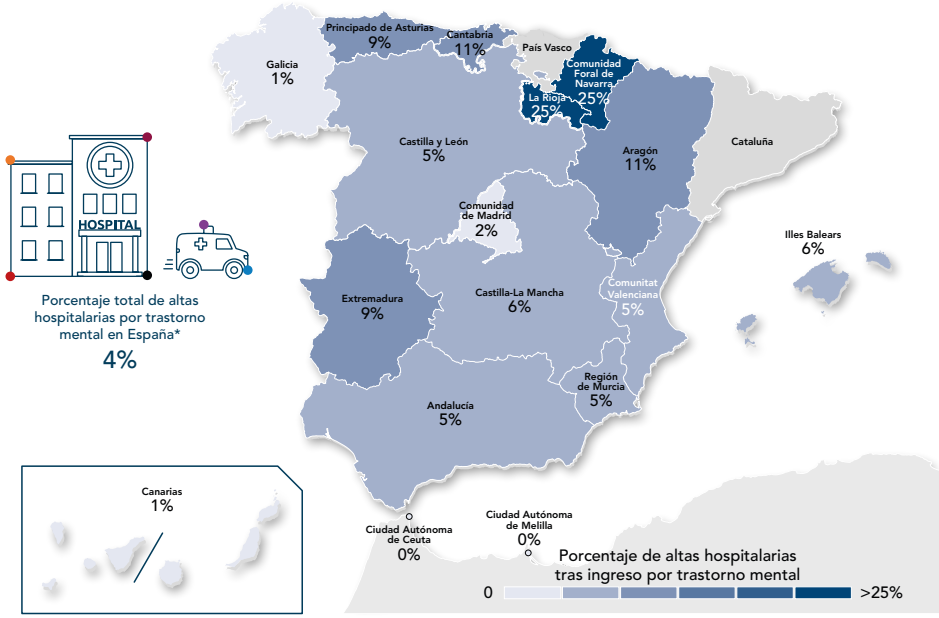
Figura 4.20

Porcentaje de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en comparación con el porcentaje del uso de recursos psiquiátricos por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas (5,7,21,22) (parte 2)

C) Porcentaje de **ingresos en el módulo de enfermería por patología psiquiátrica** por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas en el año 2020*



D) Porcentaje de **altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental** respecto al total de altas hospitalarias por comunidad autónoma sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas en el año 2020*



[C)] Datos correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo II Atención Primaria en Instituciones Penitenciarias: Global y centros 2020) (9)

[D)] Porcentajes calculados a partir de los datos de altas hospitalarias tras ingreso por trastorno mental por CCAA y de altas hospitalarias totales de cada CCAA, correspondientes al año 2020, que se extrajeron del informe generado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) en respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo IV Ingresos hospitalarios de IIPP: Nacional, CC.AA. y centros 2020.

* Nota importante: Se debe tener en cuenta que se están relacionando datos de población con necesidades altas en el cuidado de su salud mental correspondientes al 2019 (no se dispone de datos públicos del 2020) con datos sobre el uso de recursos psiquiátricos correspondientes al 2020, con la asunción de que la población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental del 2019 es próxima a la del 2020 puesto que el objetivo de esta figura es mostrar al lector la tendencia dispar que hay en el uso de los recursos psiquiátricos en las CCAA que no se correlaciona con la población penitenciaria con necesidades altas en el cuidado de su salud mental.

Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de estos mapas, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

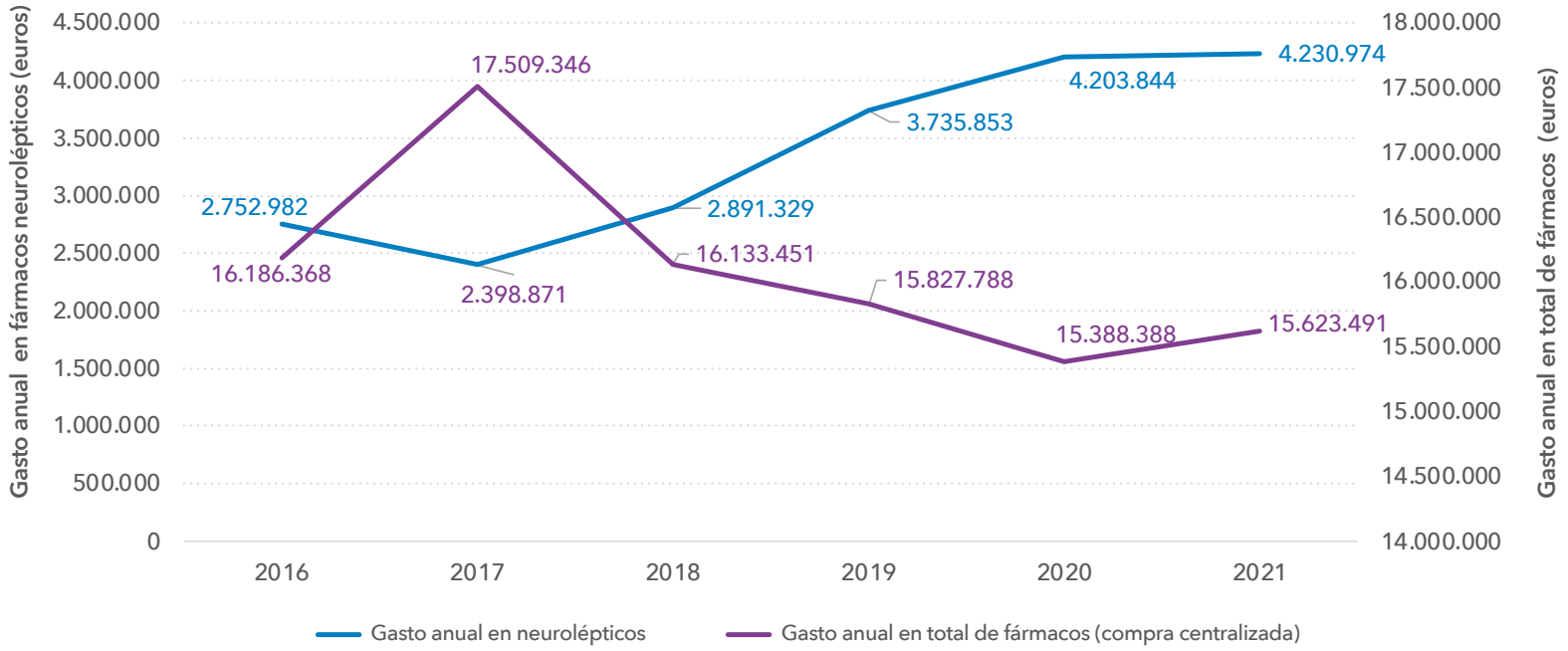
¿Cuál es el consumo farmacéutico de fármacos neurolépticos?

Entre 2016 y 2021, el **gasto farmacéutico anual** correspondiente a las compras centralizadas de la Administración Penitenciaria **tendió a disminuir**; sin embargo, **el gasto en fármacos neurolépticos incrementó en más del 50%** (Figura 4.21) (11,6).

El gasto en fármacos neurolépticos aumentó entre 2016 y 2021 a pesar de que la población penitenciaria hubiese disminuido considerablemente en ese periodo (Figura 4.22) (2,4).

Figura 4.21

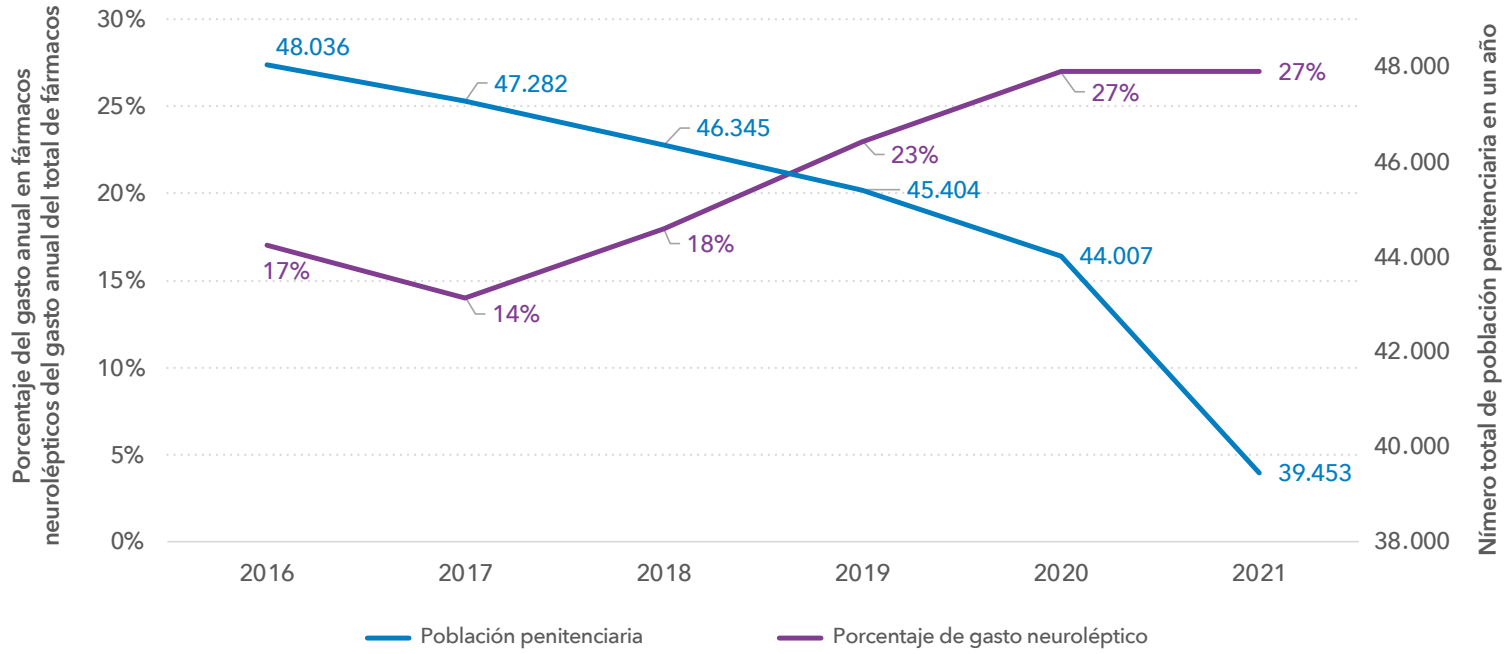
Gasto farmacéutico anual de fármacos neurolépticos vs gasto farmacéutico anual del total de fármacos por compras centralizadas de la Administración Penitenciaria entre 2016 y 2021* (11,6)



* Datos extraídos de los Informes Generales de Instituciones Penitenciarias 2020 y 2021 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2020 y 2021 [Internet]. Ministerio del Interior. [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias (2,4)

Figura 4.22

Porcentaje del gasto farmacéutico anual en fármacos neurolépticos con respecto al gasto total vs población penitenciaria anual total entre 2016 y 2021 (2,4)



* Datos extraídos de los Informes Generales de Instituciones Penitenciarias 2020 y 2021 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2020 y 2021 [Internet]. Ministerio del Interior. [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponibles en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias (2,4)

Programa de Atención al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM)

El programa PAIEM se desarrolla en centros penitenciarios ordinarios dependientes del Ministerio de Interior, con aquellos personas internas que cumplen criterios diagnósticos de TMG y que pueden encontrarse en situación preventiva, cumpliendo condena o una medida de seguridad por trastorno mental (4).

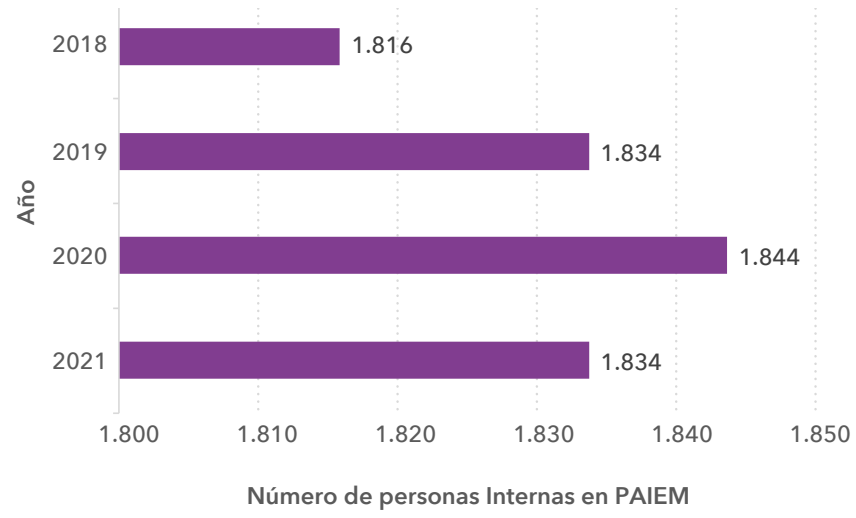
En el PAIEM se intenta dar respuesta a las necesidades concretas de esta población, proporcionándoles una atención integral

basada en tres áreas de intervención por parte de equipos multidisciplinares: atención clínica, rehabilitación psicosocial y reinserción social (1).

En el 2021, este programa estaba implementado en 65 de los 66 centros penitenciarios de la Administración Penitenciaria y del que formaba parte un total de 1.834 personas (4). Entre 2018 y 2021, el número total de personas incluidas en el programa PAIEM fue similar, siendo siempre superior a 1.800 personas (Figura 4.23) (1–4).

Figura 4.23

Número de personas internas incluidas en el programa PAIEM entre 2018 y 2021 en centros penitenciarios ordinarios sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas (1–4)



Conclusiones

Los datos descritos indican que la distribución de la población penitenciaria, de las personas internas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental y de los recursos sanitarios especializados disponibles es dispar entre los centros penitenciarios y entre las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas.

En líneas generales, los centros penitenciarios de menor tamaño suelen tener una dotación superior tanto de recursos estructurales como humanos comparados con los centros penitenciarios de mayor tamaño.

Las camas de enfermería en los centros penitenciarios y las zonas de custodia en los hospitales de referencia son recursos habituales, cuya disponibilidad varía según las regiones y centros penitenciarios.

Las ratios de médicos penitenciarios por población penitenciaria son bajas en la mayoría de las CCAA, incluso en aquellas con un número elevado de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, y tienden a decrecer, aunque se reduzca el número de personas internas. Excepto en un centro penitenciario en Madrid, el resto de CCAA no cuentan con médicos psiquiatras en plantilla. Tampoco, disponen de este recurso CCAA como Andalucía y Comunidad Valenciana que tienen el número más alto de personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental. Los médicos psiquiatras son interconsultores cuya dedicación es variable según los centros, pero inferior al 7,5% del tiempo completo (40 horas/semanales) de dedicación. En el mejor

de los casos, los especialistas en psiquiatría pasan consulta una vez a la semana durante 3 horas.

En cuanto a los recursos sanitarios psiquiátricos, las consultas en psiquiatría destacan como la segunda especialidad más frecuente y los ingresos en el módulo de enfermería por patología psiquiátrica representa un tercio del total de ingresos. Sin embargo, no existe una relación directa entre el uso de estos recursos psiquiátricos y el tamaño de la población penitenciaria con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

El gasto en fármacos neurolépticos se ha incrementado en más del 50% entre 2016 y 2021, a pesar de que el gasto farmacéutico anual correspondiente a las compras centralizadas de la Administración Penitenciaria y la población penitenciaria ha tendido a disminuir.

Estos hallazgos indican que existe una gran variabilidad en las necesidades de atención sanitaria, así como en la disponibilidad de los recursos sanitarios en el entorno penitenciario. No obstante, en líneas generales, se trata de un entorno que se beneficiaría de incentivación para facilitar la cobertura de plazas vacantes, sustituciones y reemplazos, así como el recambio generacional de los profesionales sanitarios.

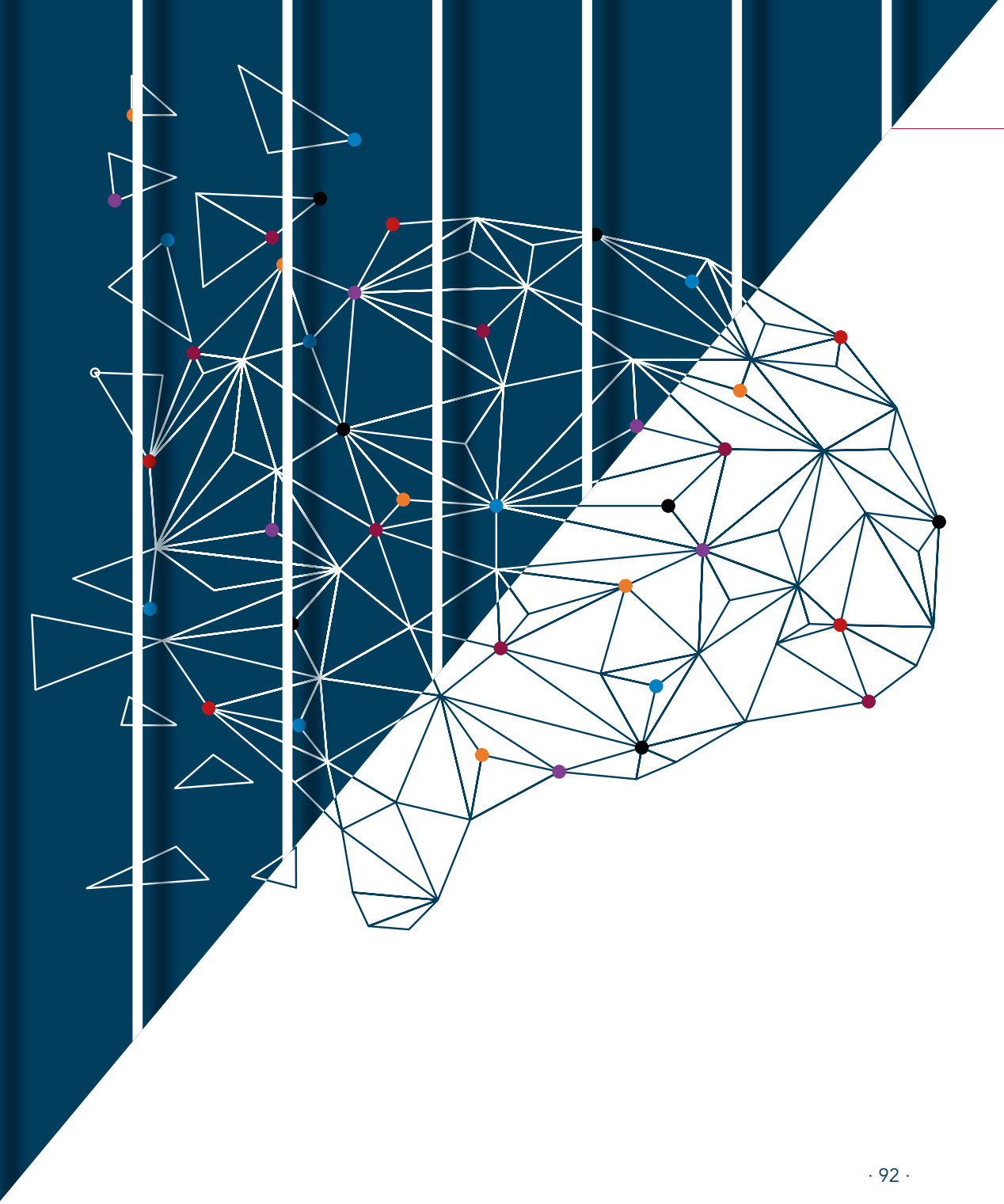
Por último, los datos oficiales publicados son escasos. Este hecho dificulta el conocimiento más concreto de las necesidades reales de esta población. Facilitar el acceso a conjuntos de datos explotables beneficiaría la investigación más exhaustiva y certera de la situación, así como una planificación más precisa, la detección de oportunidades y la toma de decisiones más robustamente informada.

Referencias

1. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2018 [Internet]. Ministerio del Interior. 2018 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
2. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
3. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2019 [Internet]. Ministerio del Interior. 2019 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
4. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
5. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 2492) al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx). [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf
6. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 60962) al Congreso 184/19939- 29/07/2020 de Jon Iñarritu García (GEHB). [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2020 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e6/e_0060962_n_000.pdf
7. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 12086) al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e1/e_0012086_n_000.pdf
8. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 86386) al Congreso 184/29089- 27/11/2020 de Santamaría Ruiz, Luis (GP); Borrego Cortés, Isabel María (GP); Vázquez Blanco, Ana Belén (GP); Rojas García, Carlos (GP) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2021 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e8/e_0086386_n_000.pdf 9. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. (Anexo II- Estadística Sanitaria 2020. Atención primaria en instituciones penitenciarias (global y centros). 2022.
10. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial. Datos estadísticos de la población reclusa. Total Nacional Diciembre 2020 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2020 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estadística-mensual-2020
11. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial. Datos estadísticos de la población reclusa. Total Nacional Diciembre 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estadística-mensual-2021
12. Presidencia del Gobierno. Decreto 140/2011, de 28 de junio, por el que se aprueba el Acuerdo de 22 de junio de 2011 de la Comisión Mixta de Transferencias sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de s [Internet]. 2011 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2011/06/1103376a.pdf
13. Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de Administración Penitenciaria. BOE-A-1984-4310 1984.
14. Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de la Población Reclusa [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/
15. Gobierno de España - Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-1996-3307 Boletín Oficial del Estado; 1996 p. 1-96. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307
16. WHO Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674
17. WHO Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region [Internet]. WHO Regional Office for Europe. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf
18. Procesos selectivos-Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria (Acceso libre) [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2022 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/empleo-publico/procesos-selectivos/cuerpos-de-instituciones-penitenciarias/cuerpo-facultativo-de-sanidad-penitenciaria/acceso-libre/
19. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior). Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. 2022.
20. Comité Europeo de Prevencion de la Tortura. Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo Para La Prevención De La Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes CPT/Inf (2021) 27 [Internet]. Council of Europe. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://rm.coe.int/1680a47a78

21 Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022 (Anexo I Estadística sanitaria 2020. Atención especializada global y por centros). 2022.

22. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. (Anexo IV Ingresos hospitalarios de II.PP. Nacional, CC.AA. y centros 2020). 2022.



CAPÍTULO

5

¿CÓMO ES LA PERSONA JUDICIALIZADA CON NECESIDADES ALTAS DE CUIDADOS DE SU SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ORDINARIOS DE ESPAÑA?

En los grupos focales realizados para este Libro Blanco, se describieron características distintivas y frecuentes de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental que están internas en centros penitenciarios ordinarios de España. Las características de los grupos focales y sus participantes se resumen en la tabla 5.1. Para la elaboración de este capítulo, los hallazgos de los grupos focales se compararon, complementaron, fundamentaron o contrastaron con información recopilada de la literatura. Las características propias de las personas internas en hospitales psiquiátricos penitenciarios se describen en el capítulo correspondiente (Capítulo 8).

Características generales de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental

Los profesionales sanitarios participantes en los grupos focales hablan de una población muy heterogénea, difícil de precisar, que ha ido cambiando en las últimas décadas, desde personas más jóvenes y de condición social más marginal para incluir a personas de diversa edad, posición en la sociedad y situación penal.

Tabla 5.1 Características de los grupos focales y sus participantes

GRUPOS FOCALES	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO PEQUEÑO (<450 PERSONAS INTERNAS) (G1)	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO MEDIANO (450-1000 PERSONAS INTERNAS) (G2)	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO GRANDE (> 1000 PERSONAS INTERNAS) (G3)	CENTRO PENITENCIARIOS DEL PAÍS VASCO (G4)
Número de centros penitenciarios participantes	4	2	2	2
Número de participantes y profesión	3 médicos penitenciarios 1 enfermera	2 médicos penitenciarios 1 enfermero	1 médico penitenciario 1 enfermero 1 farmacéutico	1 médica penitenciaria 1 médico psiquiatra
Fecha de la reunión	2 de junio 2022	31 de mayo 2022	1 de junio 2022	19 de julio 2022
Duración de la reunión	1 hora 54 minutos	1 hora 57 minutos	1 hora 56 minutos	1 hora 40 minutos

> *Hace 25 años, pues el perfil era el yonki puro y duro de estrato marginal, y ella se unió con el VIH (…) entonces hablábamos de eso. Hoy en día no tiene nada que ver, quiero decir, a la cárcel entra toda clase de gente y toda clase de credos (…) desde el montonazo de gente que cae con violencia de género, (…) de seguridad vial (…) se une luego el extracto de la gente marginal de toda la vida que, tienen el problema de familias desestructuradas, las drogas (…) creo que es un poco un totum revolutum lo que hay ahí adentro ahora mismo, en estos momentos.* [G4; 00:16:38.620]

Se trata de un perfil que es actualmente muy variable entre centros penitenciarios, que dificulta la definición de subgrupos concretos de población. Conviven grupos sociodemográficos muy disímiles, que han cometido delitos de diversa naturaleza

> *Hay muchísimos grupos y cada uno con algunas particularidades.* [G4; 00:14:17.470]

> *Hemos llegado a tener 74 nacionalidades distintas.* [G2; 00:04:23.710]

El cambio en las características sociodemográficas y clínicas de las personas internas ha seguido una tendencia hacia el envejecimiento de la población que convive en los centros penitenciarios.

> *Tenemos un paciente cada vez más mayor (…) más anciano (…) tenemos muchos pacientes pluripatológicos (…) Cada vez nos encontramos con pacientes más complejos en este sentido.* [G2; 00:11:20.990]

Las personas internas mayores de 50 años, que permanecen en los centros penitenciarios, requieren un abordaje sanitario y social específico debido a que presentan más patologías físicas y mentales que el resto de las personas internas (1). La prevalencia de **abuso de sustancias (especialmente alcohol), cuadros afectivos (depresión) y deterioro cognitivo** es elevada. Son frecuentes los **trastornos de personalidad** que pueden estar presentes en un tercio de las personas mayores, **trastornos por ansiedad y postraumáticos, trastornos psicóticos y comorbilidades físicas.** Las tasas son superiores si se los compara con personas internas jóvenes o con la población general geriátrica. Entre las personas del género femenino, cualquier diagnóstico tiende a ser más común, principalmente los cuadros afectivos (1).

La población penitenciaria en España es heterogénea, variable según los centros, y tiende a envejecer aumentando la frecuencia de patologías físicas y mentales.

Rasgos culturales y religiosos

Según la experiencia de los participantes en el grupo focal, **el lugar de procedencia, el culto religioso, determinados rasgos culturales y étnicos son determinantes de la capacidad individual de adaptación a la convivencia en el medio penitenciario.** Así, ser

nativo español o ser extranjero es una primera diferencia importante. Luego, si la persona es extranjera, el continente y el sector continental son determinantes adicionales de comportamiento y capacidad de adaptación dentro del centro penitenciario. Por ejemplo, se diferencian por sus características culturales, las personas procedentes del Norte comparadas con las del Sur de África; en América Central, son distintas las personas que provienen del área del Caribe, de Guatemala o Honduras, o del altiplano peruano en América del Sur. Asimismo, entre las personas latinoamericanas, tener ascendencia indígena o no es otro rasgo distintivo.

El nivel de riesgo de sufrir cualquier trastorno mental, incluyendo un trastorno psicótico o por consumo de sustancias varía de acuerdo con diversos rasgos sociodemográficos. El lugar de nacimiento, la edad, nivel de estudios, estado civil, situación laboral son condicionantes de la probabilidad de desarrollar un trastorno mental según los resultados de un trabajo publicado en el año 2016 y llevado a cabo en tres centros penitenciarios de Madrid entre 184 internos del género masculino (2). En general, **las personas nacidas en España parecen ser más vulnerables que las personas extranjeras a sufrir un trastorno mental durante su estancia en prisión.** Las diferencias son especialmente significativas si se lo compara con la población latinoamericana. Paradójicamente, se encuentran mejores resultados de salud tanto física como mental en diferentes comunidades latinas a pesar de vivir una situación económica y social más desfavorable (3). Esta paradoja podría explicarse por rasgos distintivos propios de la cultura latina como haber experimentado **interacciones sociales placenteras, recíprocas y no competitivas**, y haber tenido **vínculos familiares sólidos y extensas redes de apoyo social** que probablemente actúen como **amortiguadores del estrés psicosocial durante la estancia en prisión** (2,3).

En relación con el culto religioso, las personan que practican el Islam, por ejemplo, se diferencian de las personas que practican otras religiones así como de las personas pertenecientes a la etnia gitana de creencias evangélicas, por seguir ritos y creencias fuertemente arraigadas, y de más difícil acogida en los centros penitenciarios.

Estado general de salud general de las personas internas

En cuanto al estado general de salud de las personas internas, en trabajos previos, se ha estimado que **alrededor del 50%** (1 de cada 2) presenta alguna **patología crónica o factor de riesgo**, siendo las **dislipidemias, hipertensión y diabetes** las más comunes (4). Entre las **personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental**, la frecuencia de **enfermedades cardio-metabólicas, infecciosas, oncológicas, y por adicción** a drogas es alta.

Personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental

El perfil de las **personas internas con TMG** que cumplen una pena privativa de libertad en un centro penitenciario ordinario es el de

un varón, de entre 25 a 40 años, nivel cultural bajo, sin poder adquisitivo, formación profesional mínima y sin apoyo familiar (5).

Generalmente, se trata de personas que, en el **70% de los casos, no han tenido un seguimiento en los servicios de salud mental en la comunidad** antes de su entrada en prisión (6) o han **discontinuado el tratamiento farmacológico.** Muchos son **reincidentes** (> 40%) y/o han sido **arrestados previamente** (> 50%) (2) y **carecen de un diagnóstico conocido.**

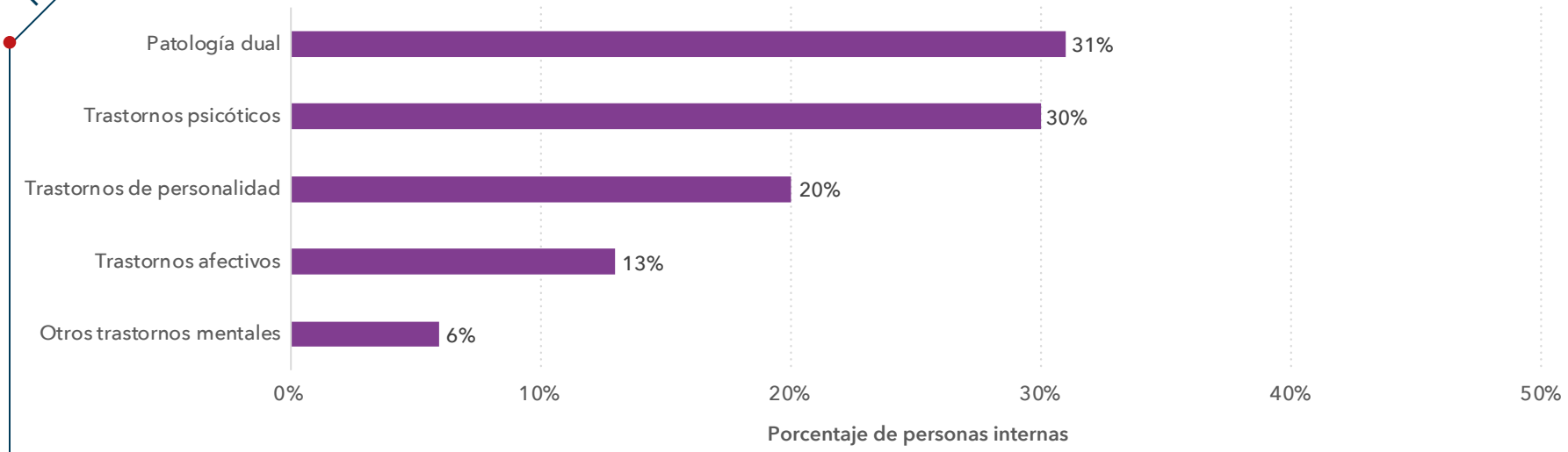
> *No tienen mucha facilidad para acceder al sistema sanitario o si lo tienen no suelen acceder. Entonces sí que vemos que muchísimos llegan sin detectar.* [G1; 00:26:35.860]

Desde el punto de vista psiquiátrico, **la patología dual y los trastornos psicóticos son los diagnósticos más habituales** (7) (Figura 5.1).

Así, **es frecuente que, en el medio penitenciario, coexistan el consumo de sustancias y patología psiquiátrica.** El diagnóstico

Figura 5.1

Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos de las personas con necesidades altas de cuidado de su salud mental en los centros penitenciarios de las comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas en el año 2020*, en porcentajes (7)



*Datos correspondientes al diciembre de 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias. (7)

de patología dual, es decir, de una adicción y otro trastorno mental al mismo tiempo o de forma secuencial a lo largo de la vida del individuo oscila entre el **25% y el 65%**, en función de los estudios, con **mayor prevalencia entre las personas del género femenino** (8). **El consumo de sustancias dificulta la detección y la evolución de una patología mental grave**, y **retrasa el diagnóstico de patología dual.** Así, todas las personas internas que presentan un trastorno por consumo de sustancias deberían ser evaluadas según los protocolos para abordar el proceso adictivo así como la personalidad y otros trastornos psiquiátricos potencialmente concurrentes.

7 de cada 10 personas internas con TMG no han tenido un seguimiento de su trastorno mental antes de entrar en prisión, por lo que el medio penitenciario constituye una oportunidad para el cuidado de su salud mental y estabilización de los síntomas de su trastorno.

Las personas con trastorno por abuso de sustancias asociada al trastorno psiquiátrico, que además tienen una edad comprendida entre 18 y 30 años, que pueden no tener un domicilio y/o recursos económicos precarios, y con escaso contacto con los servicios de salud tienen igualmente una probabilidad más alta de ser encarcelados, que se incrementa en la medida en la que confluyen los factores mencionados.

En el entorno penitenciario, **el diagnóstico de un trastorno psicótico es más difícil y se hace más tardíamente** respecto al diagnóstico en la comunidad **debido a la alta comorbilidad que presentan las personas internas desde antes de ingresar en prisión. El diagnóstico es especialmente arduo cuando se asocia al abuso de sustancias.** Se ha reportado que hasta **30,1% de las personas internas pueden ser diagnosticadas de trastornos del espectro esquizofrénico sin que haya más precisión en el diagnóstico** (9).

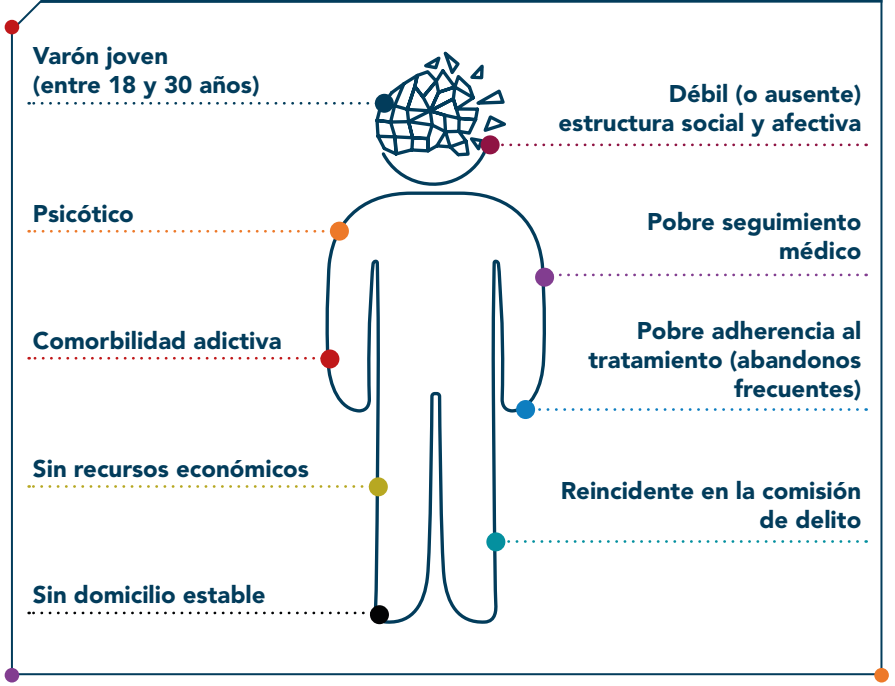
Las personas internas que cumplen los criterios diagnósticos de **esquizofrenia** (u otro TMG) necesitan un **abordaje psiquiátrico especializado, intensivo y específico por la complejidad del cuadro**, que es comúnmente **agravado y/o distorsionado por el consumo abusivo de sustancias y por la desestructuración social** y afectiva. El abordaje psiquiátrico especializado es **necesario para reducir la probabilidad de reincidir** en la comisión de delito una vez cumplen su condena y salen en libertad. En este sentido, debe considerarse que las **personas con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis son encarcelados con el doble de probabilidad que aquellas con otros diagnósticos** (10) mientras que las **personas con patología psiquiátrica que tienen ingresos previos** en prisión en el año anterior tienen también **diez veces más probabilidades de ser encarceladas de nuevo** (10). Las tasas de reincidencia pueden llegar al 50% durante los 2 años posteriores a la salida en libertad (11); el género masculino (17,1% vs 5,3% en el género femenino) es un factor predictivo positivo mientras que

el estado de ánimo depresivo es un factor de riesgo negativo de reincidencia (12).

Por lo tanto, **el perfil de la persona con un trastorno psiquiátrico más frecuentemente encarcelada** que el resto, sería la de un **varón joven, psicótico, con comorbilidad adictiva, sin recursos económicos, con pobre seguimiento médico, poca adherencia al tratamiento y reincidente** (Figura 5.2) (10).

Figura 5.2

Resumen del perfil habitual de la persona con necesidades altas de cuidados de su salud mental que ingresa en los centros penitenciarios españoles



Resultados en salud mental de las personas internas con un trastorno mental grave

En personas con un **manejo caótico de su trastorno psicótico mientras están en la comunidad**, que se caracteriza por **múltiples abandonos del tratamiento, reingresos hospitalarios y conductas violentas, el medio penitenciario constituye una oportunidad para la estabilización de los síntomas.**

Los **trastornos de la personalidad**, que se caracterizan por un estilo disfuncional de relacionarse, de comportarse, de pensar y de afrontar dificultades, pueden **representar el primer diagnóstico en hasta un 30% de las personas internas** con predominio de los trastornos de personalidad del clúster B (13). **Suponen una fuente permanente de conflictos relacionales que suele empeorar durante la estancia en una institución cerrada como es un centro penitenciario** (13,14). Existe una **relación significativa entre indicadores de desajuste del clima social en una prisión, con conductas interpersonales agresivas o demanda compulsiva de psicofármacos en las consultas médicas, y el diagnóstico de trastorno de personalidad**, agravado con frecuencia por la ausencia de precisión en el diagnóstico (13).

Además de su patología psiquiátrica, **las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental suelen presentar deterioro importante cognitivo e intelectual con cierto compromiso de su autonomía.** En consecuencia, necesitan del cuidado de otras personas internas para las labores de aseo y demás actividades básicas de la vida diaria.

Subgrupos en riesgo especialmente alto de recibir atención sanitaria precaria en el entorno penitenciario: personas del género femenino, menores extranjeros no acompañados y jóvenes con déficit de atención e hiperactividad

Género femenino

Las necesidades específicas de hombres y mujeres son distintas y requieren de una atención diferencial que difícilmente es provista en el medio penitenciario y que, desde el punto de vista de los entrevistados, suele ser más desfavorable para las personas del género femenino. (Figura 5.3).

Al igual que en diversos ámbitos de atención sociosanitaria, en el medio penitenciario, hay menos recursos específicos para las mujeres que para los hombres. Así, **hay un número reducido (sólo 3: Alcalá de Guadaira en Sevilla, Brieva en Ávila y Wad Ras en Barcelona) de centros**

Figura 5.3

Resumen del perfil habitual de la mujer con necesidades altas de cuidados de su salud mental interna en los centros penitenciarios españoles

Características demográficas

Representan el 7,5% del total de las personas internas en España (datos año 2019)

Edades más frecuentes comprendidas entre 41 y 60 años

De cada 10 mujeres internas, sólo 3 poseen nacionalidad española (mayoría, inmigrantes)

De cada 10 mujeres españolas internas, 2–3 pertenecen a la etnia gitana

Características de su salud mental

- Tienen una probabilidad 5 veces mayor de sufrir un trastorno de su salud mental durante el internamiento que las mujeres que están en libertad
- Son frecuentes los cuadros de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con fobias durante el internamiento
- Enfermedades psicóticas: 3,9%
- Depresión mayor: 14,1%
- Estrés postraumático: 21,1%
- Abuso de drogas: 30% - 60%

Características sociales

- Antecedentes de violencia de género
- Doble estigma (mujer y judicialización)
- Pobre educación, formación profesional precaria
- Dependencia económica de otras personas
- Dependencia frecuente al consumo abusivo de sustancias
- Soporte social deficitario
- Difícil reinserción social, laboral y familiar

Atención a la salud

- Escasos recursos para la asistencia de necesidades específicas en cuidados de la salud relativas a su género
- Escasos recursos específicos para su rehabilitación

Atención a la salud mental

- Cuando comienzan las conductas delictivas, el deterioro de su salud mental es considerable
- Diagnósticos demorados que restan oportunidades de recuperación exitosa
- Ingresos psiquiátricos tardíos con peor pronóstico que los hombres.
- Escasos recursos específicos para el cuidado de su salud mental y rehabilitación

Internamiento

- Número reducido de centros penitenciarios adaptados a las necesidades especificas de las mujeres
- Condiciones de alojamiento precarias (módulos diseñados para hombres)
- Cumplimiento de condena lejos geográficamente de su entorno social y familiar (aislamiento)

Integración social/rehabilitación

- Impacto negativo del encarcelamiento en el entorno familiar (pérdida del rol de cuidadoras de personas mayores e hijos)
- Programas de rehabilitación e integración social muy limitados
- Difícil retorno al domicilio
- Difícil reincorporación laboral

penitenciarios dedicados exclusivamente a la mujer frente a 60 centros penitenciarios mixtos en el territorio español. Este hecho redunda en internamiento en centros penitenciarios ubicados más lejos de su entorno familiar y afectivo, en peores condiciones de alojamiento, habitualmente en módulos pensados para hombres con el consecuente incremento de la vulnerabilidad de la persona (15,16). Son igualmente muy limitados los recursos sanitarios destinados a atender los problemas de salud que son propios de la mujer, las necesidades particulares de su salud mental, su rehabilitación y su reintegración social (15,17,18).

El **7,5% de las personas internas en centros penitenciarios** ordinarios españoles **son mujeres** (estimaciones correspondientes al año 2019) (19). Este porcentaje indica que España tiene una de las proporciones más alta de encarcelamiento femenino de Europa (20), con una alta representación de mujeres extranjeras (3 extranjeras por cada 10 españolas) y de mujeres de etnia gitana entre las españolas (2-3 por cada 10 internas españolas) (20).

La **mayor proporción de la población reclusa femenina corresponde al tramo de edad comprendido entre 41 y 60 años** (más del 40% en 2019) que se corresponde con el momento de la vida en el que **suelen estar más acentuados los roles de cuidado**, vinculados a la maternidad y a la relación con las personas mayores de la familia (20). Por lo tanto, cuando las mujeres son el único o principal sostén de menores y otros parientes, la ejecución de una condena impacta muy negativamente en el entorno familiar (21).

Por otro lado, las mujeres en prisión tienen una probabilidad más alta que las mujeres en libertad y que los hombres en prisión de sufrir un trastorno de su salud mental (22). Mientras están en prisión, **las mujeres internas tienen cinco veces más probabilidades de experimentar problemas de salud mental que las mujeres de la población general en libertad** (23). El exceso de morbilidad psiquiátrica en el género femenino se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos mientras que entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias (24,25).

Entre las mujeres en prisión, la tasa de prevalencia de enfermedades psicóticas se estima en 3,9%, de depresión mayor en 14,1%, trastorno por estrés postraumático en 21,1% y el abuso de drogas en 30% a 60% (23). **En el año 2020, se calculó que el 4,65% de las mujeres internas en los centros penitenciarios españoles presentaban TMG mientras que en el año 2021 dicho porcentaje aumentó un 1,84% a pesar de la disminución de la población penitenciaria femenina total** (7,26).

De acuerdo con los entrevistados, en el medio penitenciario, las personas del género femenino se hospitalizan en psiquiatría con menos frecuencia, pero cuando ingresan, sus problemas de salud mental son mucho más graves que los de las personas del género masculino. Probablemente, **exista cierta tendencia en la sociedad a tolerar más los problemas de conducta en una mujer que en un hombre y, por lo tanto, es más probable que un hombre sea denunciado antes, e ingrese antes en prisión por una**

desviación de su conducta, y tenga antes la oportunidad de ser diagnosticado correctamente de un trastorno de su salud mental, que una mujer.

En este sentido, Revelles Carrasco (2019) (5), hace referencia a esta **invisibilidad de la criminalidad de la mujer, constatando que la pena privativa de libertad para la mujer es más dura que para los hombres, y destacando el hecho de que es infrecuente que consten mujeres con TMG en los informes de enfermería de los centros penitenciarios.** Sin embargo, se tiende a concebir a la mujer encarcelada como una persona conflictiva a quien hace falta medicar para controlar su agresividad (5).

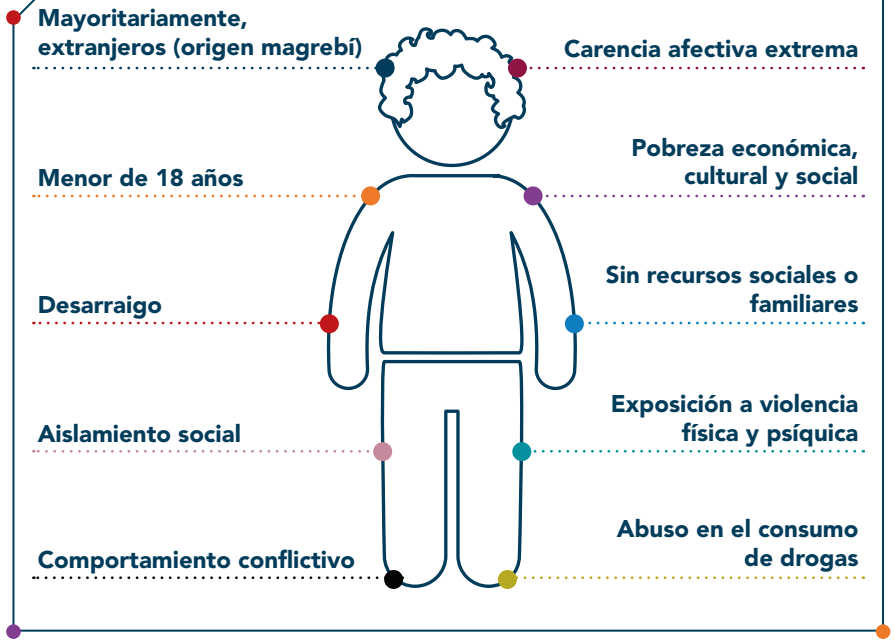
En experiencia de los profesionales participantes en los grupos focales, **las personas del género femenino que acaban delinquiendo llegan a una situación de deterioro muy considerable de su salud mental**, con **alta dependencia del consumo de sustancias**, con **soporte social inexistente** o completamente anómalo y **disfuncional**. En consecuencia, tienen **menos oportunidades para un abordaje psiquiátrico exitoso, de reinserción social, incluso de reinserción laboral o de retorno a su domicilio.**

Menores extranjeros no acompañados

De acuerdo con los entrevistados en los grupos focales, los **menores de edad extranjeros no acompañados es un subgrupo poblacional muy frágil, que tiene innumerables carencias afectivas, culturales, emocionales y económicas.** En la consulta psiquiátrica se caracterizan por un **profundo desarraigo y aislamiento social. Su vulnerabilidad se establece durante su desarrollo infantil y está fuertemente influenciada por la pobreza, la exposición a drogas, las experiencias de violencia vividas desde la infancia, y especialmente, por la carencia de apoyo social** (Figura 5.4). Cuando salen en libertad, contar con un sólido soporte social, o no, es el factor determinante del éxito o del fracaso de cualquier intervención sociosanitaria que se haya hecho en su favor durante el ingreso en prisión.

Figura 5.4

Resumen del perfil habitual de menores extranjeros no acompañados internos en los centros penitenciarios españoles



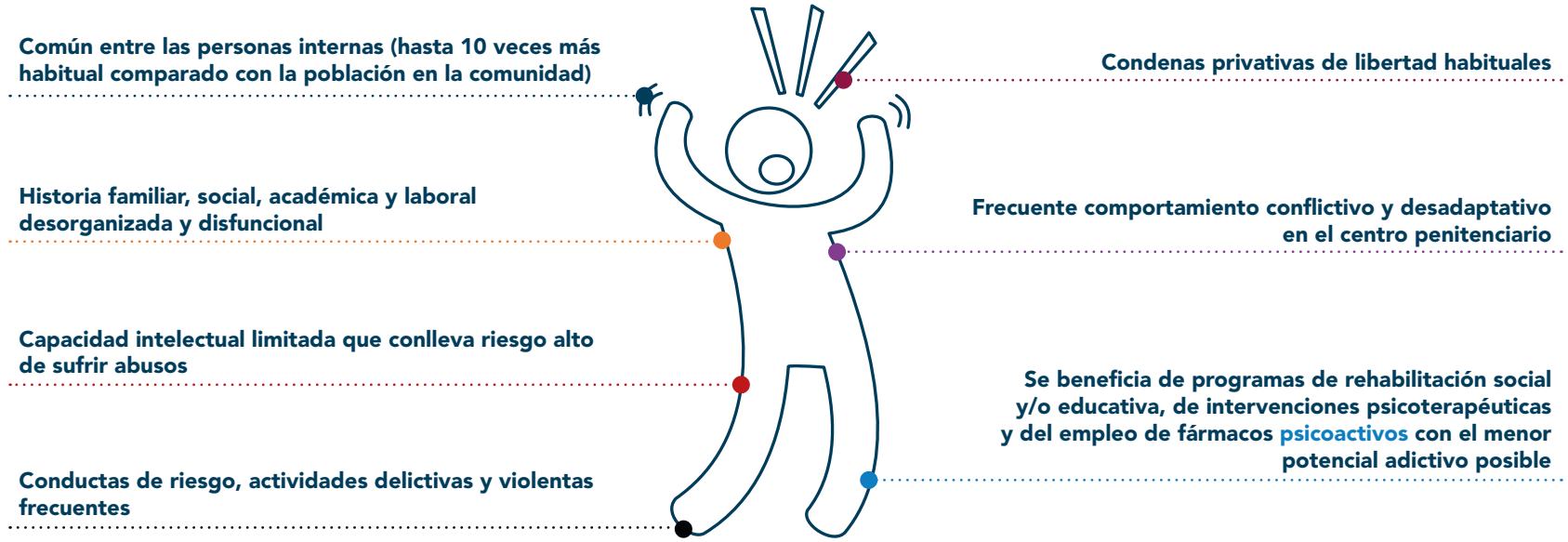
Jóvenes con déficit de atención e hiperactividad

El riesgo de presentar un **trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se estima en hasta diez veces superior entre las personas internas en prisión** comparado con la población general en la comunidad (27). Hay un riesgo más alto de **conductas de riesgo** en las personas que sufren este trastorno, por lo que el TDAH está muy asociado con un **aumento de actos delictivos, de citaciones judiciales frecuentes y de condenas de prisión privativas de libertad habituales** (28).

En general, las personas con TDAH que están en prisión suelen tener una **historia familiar, social, académica y laboral más desorganizada y disfuncional** que la población penitenciaria general, debido a una **capacidad intelectual más limitada** lo que los hace **especialmente vulnerables** (Figura 5.5) (29). Entre las opciones terapéuticas más eficaces para tratar el TDAH, se encuentran los **fármacos psicoactivos estimulantes de los circuitos de recompensa**, que presentan un elevado riesgo de abuso, dependencia y tráfico en el entorno penitenciario favoreciendo las conductas violentas, la conflictividad y la inseguridad entre

Figura 5.5

Resumen del perfil habitual de personas jóvenes con déficit de atención e hiperactividad internas en los centros penitenciarios españoles



personas internas, personal sanitario y de prisiones (30). Por tanto, su utilización requiere el **tratamiento directamente observado** que necesita de recursos humanos dedicados específicamente, de cambios organizativos con el consiguiente incremento de costes económicos y la consecuente limitación de la autonomía de la persona interna (27).

Aunque estos medicamentos son generalmente bien tolerados y presentan pocos efectos secundarios, **su utilización y prescripción en el entorno penitenciario puede ser compleja y causar resistencia entre los profesionales sanitarios.** No obstante, el manejo adecuado del TDAH en el medio penitenciario puede optimizarse con la participación de la persona interna diagnosticada correctamente en programas de rehabilitación social y/o educativa, intervenciones psicoterapéuticas y el empleo de fármacos con el menor potencial adictivo posible (27,30).

Conclusiones

La población penitenciaria en general, y aquella con necesidades altas de cuidados de su salud mental en concreto, es heterogénea, pero ciertos rasgos son compartidos. La comisión de delito, el aislamiento social, la precariedad económica, social, y emocional, y la exposición a un riesgo alto a desarrollar enfermedad tanto física, metabólica como psíquica son elementos comunes. Diversos atributos culturales, religiosos, étnicos, del estado general de salud y del estado de salud mental en particular, definen subgrupos de personas que requieren una atención sanitaria y social diferencial, experta, con cierta individualización en el abordaje de sus necesidades. La presencia de enfermedades asociadas, psiquiátricas y no psiquiátricas, junto al deterioro intelectual y cognitivo reducen la autonomía e incrementan considerablemente las necesidades de cuidados diarios. Otras personas internas son fundamentales para garantizar los cuidados básicos cotidianos de las personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

La entrada en prisión puede, contradictoriamente, representar una oportunidad para la identificación, atención adecuada y planificación de los cuidados de TMG no detectados previamente, pero también es un entorno que expone a las personas internas a un deterioro de su estado de salud, especialmente cuando se trata de trastornos de la personalidad, jóvenes con TDAH o personas internas mayores. La pericia y experiencia de los profesionales sanitarios y sociales vuelve a ser clave para la anticipación, prevención y atención adecuadas.

La continuidad exitosa de cualquier intervención sociosanitaria iniciada en el centro penitenciario depende del enlace satisfactorio que pueda hacerse con los recursos asistenciales en el entorno comunitario cuando las personas salen en libertad, éxito que depende y se traduce en continuidad de los cuidados, rehabilitación, reintegración y reducción de la probabilidad de comisión de delitos y reingreso en prisión.

La continuidad asistencial es esencial especialmente para los subgrupos de población más vulnerables y con menos recursos. Sin embargo, en el caso de las mujeres, los recursos disponibles parecen particularmente insuficientes y poco adaptados para responder a

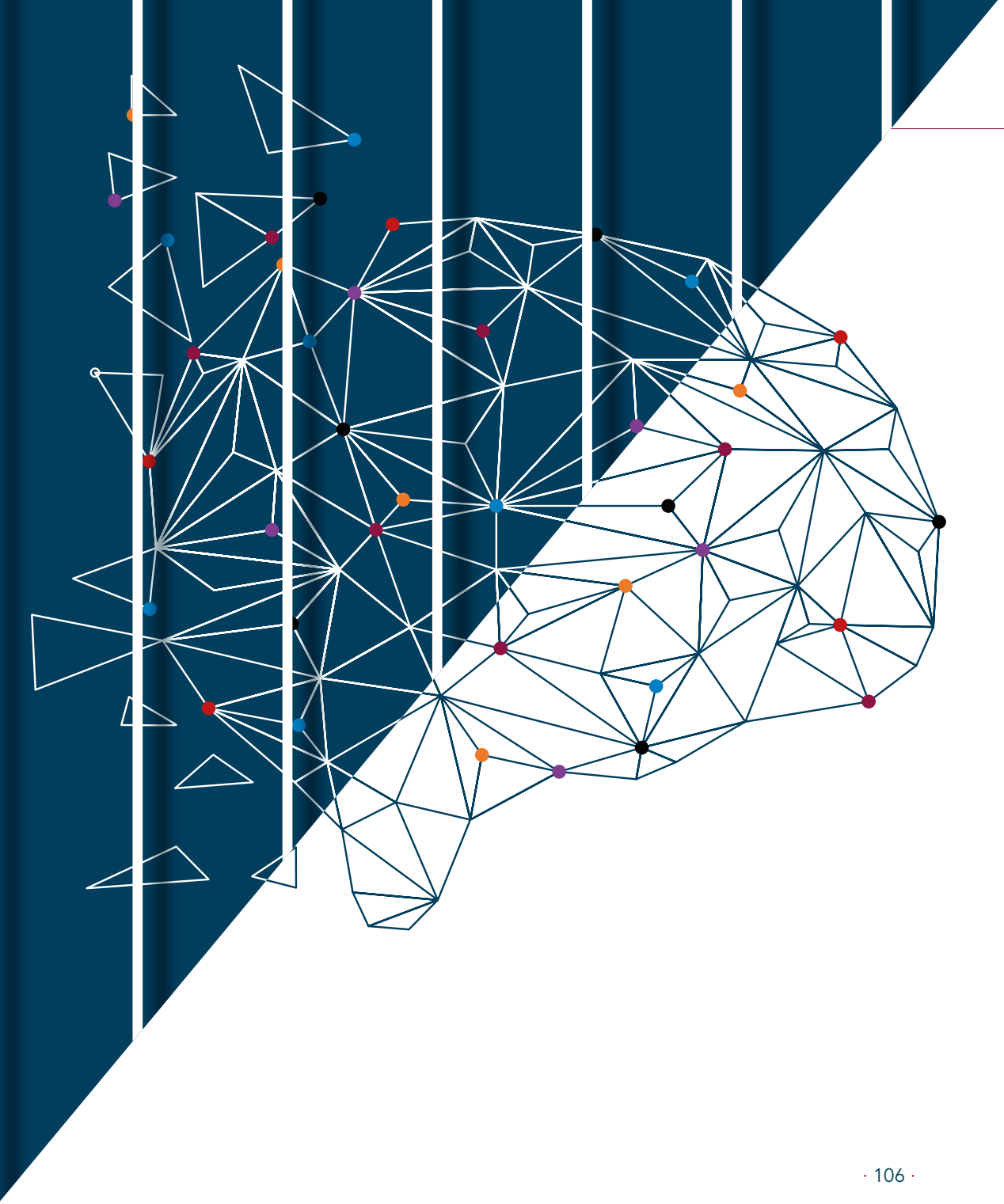
sus necesidades específicas, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios, a pesar de que la tasa de encarcelamiento femenino en España es una de las más alta de Europa (20). Los menores extranjeros no acompañados son otro subgrupo de población particularmente frágil.

La heterogeneidad de rasgos y necesidades de las personas internas que se evidencia en los centros penitenciarios hace pensar en la necesidad de modelos asistenciales sanitarios y sociales, flexibles, dinámicos, integrados, coordinados e inclusivos que requieren reajustes significativos en las políticas públicas penitenciarias, sanitarias y sociales vigentes (31).

En este capítulo sólo se han abordado cuestiones que emergieron durante los grupos focales sobre perfiles de población especialmente expuestas a recibir una atención sanitaria precaria dentro de los centros penitenciarios, y que destacan especialmente cuando se hace referencia a las personas con trastornos más graves de su salud mental. Hay otras subpoblaciones sensibles como las personas mayores internas (puede consultarse un informe de Instituciones Penitenciarias sobre el tema aquí: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/mi-analisis-01.pdf) o con diversidad funcional, entre otros, que escapan al alcance de este Libro Blanco.

Referencias

1. Peraire M, Pérez-Sánchez E-J, Pérez-Pazos J, Manuel De Gomar-Malia J, Tort-Herrando V. Relevancia de la psicogeriatría en el entorno penitenciario: una revisión sistemática RELEVANCE OF PSYCHOGERIATRICS IN THE PRISON SETTING: A SYSTEMATIC REVIEW. Rev Esp Sanid Penit. 2022;24(3):109-18.
2. Zabala-Baños M, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero M, et al. Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. Rev Española Sanid Penit. 2016;18:13-24.
3. Gallo LC, Penedo FJ, Espinosa De Los Monteros K, Arguelles W. Resiliency in the face of disadvantage: Do hispanic cultural characteristics protect health outcomes? J Pers. 2009;77(6):1707-46.
4. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces S V., González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev española Sanid Penit. 2014;16(2):38-47.
5. Revelles Carrasco M. Personas reclusas con trastorno mental grave: el éxodo tras la reforma psiquiátrica en España. Rev Hist las Prisiones. 2019;9(9):111-34.
6. García Ortiz AM. Los trastornos mentales en el medio penitenciario:Situación actual y propuestas de mejora. Rev Estud Penit. 2021;(263-2021):9-69.
7. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
8. Galan Casado D, Ramos-Abalos E, Pinazo Á, Añaños Bedriñada F. Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva socioeducativa y de género. Psychol Soc Educ. 29 de marzo de 2021;13:85-98.
9. van Buitenen N, van den Berg CJW, Meijers J, Harte JM. The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: A network analysis. Eur Psychiatry. 2020;63(1).
10. Fuentes M, Fernández E. La esquizofrenia en el medio penitenciario. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2016;36(130):405-20. Disponible en: http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5188/La_esquizofrenia_en_el_medio_penitenciario.pdf?sequence=1&rd=0031733149354180
11. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. mayo de 2012;200(5):364-73.
12. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. Schizophr Res. 1 de agosto de 2007;94(1-3):89-98.
13. Arroyo JM, Ortega E. Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. Rev Española Sanid Penit. 2009;11(1):11-5.
14. Arroyo JM, Ortega E. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión: Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). Rev Española Sanid Penit. 2007;9(1):11-20.
15. Comité Europeo de Prevencion de la Tortura. Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo Para La Prevención De La Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes CPT/Inf (2021) 27 [Internet]. Council of Europe. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://rm.coe.int/1680a47a78
16. Dorado CJ. Delincuencia y población penitenciaria femeninas: situación actual de las mujeres en prisión en España. Rev Electrónica Cienc Penal y Criminol [Internet]. 2018;20(10):1-32. Disponible en: http://criminet.ugr.es/recpc/20/
17. Cerezo AI. Women in Prison in Spain: The Implementation of Bangkok Rules to the Spanish Prison Legislation. Eur J Crim Policy Res [Internet]. 2017;23(2):133-51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10610-016-9323-0
18. Caravaca-Sánchez F, Vidovic KR, Fearn NE, Vaughn MG. Incarcerated Women in Spain: The Salience of Traumatic Exposure. J Interpers Violence. 2022;37(11-12):NP10126-47.
19. Aebi MF, Tiago MM. SPACE I - 2020 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations [Internet]. Strasbourg; 2021. Disponible en: https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330_FinalReport_SPACE_I_2020.pdf
20. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía-APDHA. Informe sobre la situación de las mujeres presas [Internet]. 2019. Disponible en: https://apdha.org/media/Informe-APDHA-situacion-mujer-presa-web.pdf
21. EU-WHO, Durcan G, Zwemstra JC. 11. Mental health in prison - Key points. Prison Heal [Internet]. 2014;(3):87. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/249200/Prisons-and-Health,-11-Mental-health-in-prison.pdf
22. United Nations -, Günthardt BF, Hollender J, Hungerbühler K, Scheringer M, Bucheli TD, et al. Women's health and the prison setting. Prison Heal. 2011;53(9):1-24.
23. Bright AM, Higgins A, Grealish A. Women's experiences of prison-based mental healthcare: a systematic review of qualitative literature. Int J Prison Health. 2022;Feb24:1-18.
24. Guzmán-Parra J, Flordelís-Lasierra E, Fabrega-Ruz J, Cuesta-Vargas A. Revista Española de Geriatría y Gerontología Tendencias en las hospitalizaciones psiquiátricas de personas. RevistaEspañoladeGeriatríayGerontología. 2020;55(4):201-5.
25. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit [Internet]. 2004 [citado 12 de diciembre de 2022];18(4):175-81. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
27. Fructuoso A. Manejo del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y empleo de fármacos psicoestimulantes en el medio penitenciario . Evaluación de riesgo y beneficios. Rev Esp Sanid Penit. 2019;21:120-1.
28. Tully J. Management of ADHD in Prisoners—Evidence Gaps and Reasons for Caution. Front Psychiatry. 2022;13(March):1-8.
29. Garcia T, Rodriguez C, Rodriguez J, Fernández-Suárez A, Richarte V, Ramos-Quiroga A. Psychosocial Profiles of Adults with ADHD: A Comparative Study of Prison and Outpatient Psychiatric Samples. Eur J Psychol Appl to Leg Context [Internet]. 2019;11(1):41-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5093/ejpalc2014a2
30. Baggio S, Heller P, Perroud N, Buadze A, Schleifer R, Wolff H, et al. Attention deficit hyperactivity disorder as a neglected psychiatric disease in prison: Call for identification and treatment. Forensic Sci Int Mind Law. 2022;3(November 2021):2-5.
31. Cuenca-Gómez P. El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2022;42(141):141-58.



CAPÍTULO

6

¿CÓMO ES LA TRAYECTORIA ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS JUDICIALIZADAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ORDINARIOS?

Para conocer la trayectoria asistencial de las personas con problemas de salud mental internas en centros penitenciarios ordinarios en España, se realizaron 3 grupos focales en los que participaron profesionales sanitarios de diferentes centros penitenciarios de las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas (Tabla 6.1).

Por otro lado, la revisión de la literatura permitió establecer el contexto jurídico que determina la trayectoria de la persona interna con un TMG en el entorno penitenciario, incluyendo aquellas situaciones en las que el trastorno mental pasa inadvertido, el enjuiciamiento es rápido o se establece responsabilidad criminal en personas con trastornos de la personalidad.

TMG inadvertido

Con frecuencia, la concurrencia de una situación de trastorno mental en la persona imputada resulta inadvertida durante la tramitación de una causa penal como consecuencia de alguna o la combinación de varias de las siguientes circunstancias (1) :

- **Ausencia de conciencia de enfermedad** en la persona imputada, que no comunica o incluso oculta dicha situación.
- **Falta de formación o de protocolos** adecuados desde la detención en el ámbito policial con efecto dominó hasta la entrada en prisión (atestado, imputación, juicio rápido, sentencia).

Tabla 6.1

Constitución de los grupos focales según tamaño de los centros penitenciarios a los que pertenecen los participantes

GRUPOS FOCALES	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO PEQUEÑO (<450 PERSONAS INTERNAS) (G1)	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO MEDIANO (450-1000 PERSONAS INTERNAS) (G2)	CENTROS PENITENCIARIOS DE TAMAÑO GRANDE (> 1000 PERSONAS INTERNAS) (G3)	CENTRO PENITENCIARIOS DEL PAÍS VASCO (G4)
Número de centros penitenciarios participantes	4	2	2	2
Número de participantes y profesión	3 médicos penitenciarios 1 enfermera	2 médicos penitenciarios 1 enfermero	1 médico penitenciario 1 enfermero 1 farmacéutico	1 médica penitenciaria 1 médico psiquiatra
Fecha de la reunión	2 de junio 2022	31 de mayo 2022	1 de junio 2022	19 de julio 2022
Duración de la reunión	1 hora 54 minutos	1 hora 57 minutos	1 hora 56 minutos	1 hora 40 minutos

- Concurrencia de **fases judiciales de instrucción rápida**, en las que no se posibilita una valoración de la situación personal del imputado.
- **Ausencia** en los operadores jurídicos (abogados, fiscales y jueces, entre otros) de una **capacitación específica** para detectar hechos y circunstancias de la persona que son relevantes en la valoración de su salud mental.
- Procedencia de las personas afectadas por una patología mental de **situaciones de exclusión social**, en las que carecen de apoyos familiar o social, que puedan evidenciar su verdadera situación, favoreciendo su **indefensión**.
- **Ausencia de un servicio multidisciplinar adscrito a los juzgados** con funciones para facilitar información de las circunstancias personales y sociales de la persona imputada.

Enjuiciamiento rápido

La legislación relativa al enjuiciamiento rápido de determinados delitos reduce aún más las posibilidades de estudiar la personalidad de la persona imputada y, por tanto, de que se acredite su patología (2). El procedimiento para el enjuiciamiento rápido, regulado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (3) que entró en vigor en 1883, establece la rebaja de la pena en un tercio de los casos en los que se alcance la conformidad. **La conformidad supone que la persona acusada acepta el relato de hechos y la pena que plantea el Ministerio Público.** Así, **la intervención judicial se centra en el acto delictivo** que ha sido objeto de denuncia y dedica **menos atención a la valoración de las condiciones y posible trastorno mental** de la persona imputada (2).

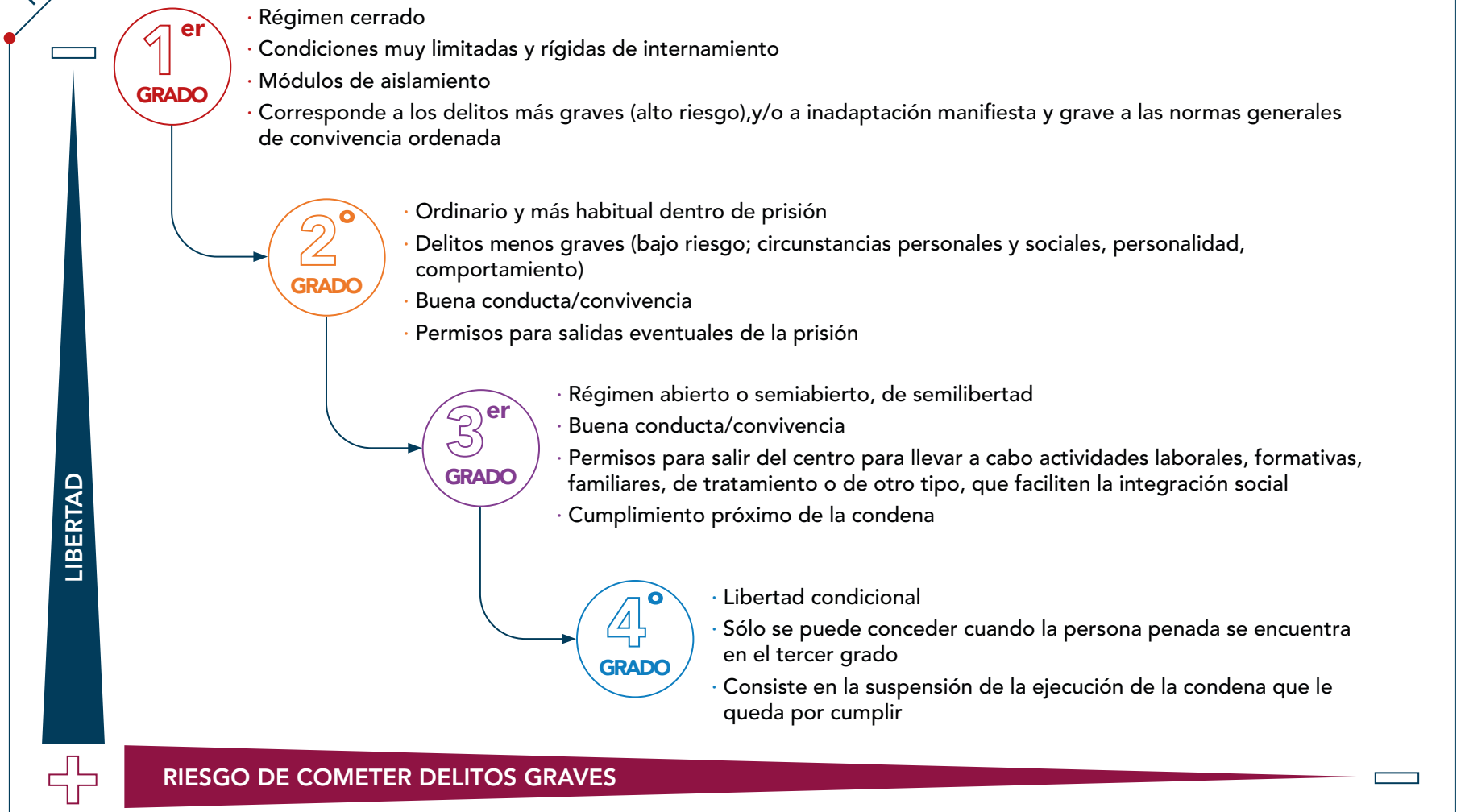
Responsabilidad criminal en personas con trastornos de la personalidad

Otra situación que se produce habitualmente es que, a través de la prueba forense adecuada, se determina que la **persona padece una determinada patología, pero no se considera en la sentencia que la misma constituye una causa de inimputabilidad.** Es decir que, en la sentencia se valora que no ha quedado acreditado que dicho trastorno haya afectado a las facultades de la persona en el momento concreto de cometer el hecho delictivo o que no lo haya hecho con la determinación suficiente para constituir una circunstancia que modifique la responsabilidad criminal. Este supuesto es especialmente relevante para las **personas con trastornos de la personalidad dado que no existen criterios compartidos para determinar su importancia en la imputabilidad**, de manera que a menudo quedan **fuera de la apreciación de circunstancias que eximen de la responsabilidad.**

En **estos casos, al igual que en los supuestos en los que no se advierte el trastorno mental, el cumplimiento de la pena de prisión se va a ejecutar en un centro penitenciario de régimen ordinario** y no va a ser posible la aplicación de las medidas de seguridad u otras alternativas previstas en el Código Penal.

Figura 6.1

Representación esquemática de los grados penitenciarios existentes en España



Grados penitenciarios

La persona penada, que es declarada imputable (es decir, responsable de la comisión del delito) y que tiene una condena en firme en el sistema penitenciario, ha de adaptarse funcionalmente al grado penitenciario que se le imponga (4). El grado asignado determina un programa de medidas de control y seguridad que caracterizaran el régimen de vida y de intervención que la persona interna seguirá mientras permanezca en prisión, e indirectamente, el plan terapéutico que pueda seguir la persona condenada. Tal y como se explicó en el capítulo 1, en España existen tres grados, y la libertad condicional (4) (Figura 6.1).

La propuesta de clasificación de la persona interna corre a cargo de la Junta de Tratamiento de la prisión. Es el órgano encargado de estudiar a cada persona en prisión y de clasificarla en alguno de los grados penitenciarios existentes. Se reúne como mínimo una vez a la semana y está compuesta por el director, subdirector de tratamiento, subdirector médico, técnicos (psicólogo, psiquiatra y otros), director de la unidad docente o pedagogo, coordinador de los servicios, educador y jefe de servicios (4,5).

Así, el contexto jurídico y el funcionamiento de la atención sanitaria dentro del sistema penal en los centros penitenciarios ordinarios españoles explica, en gran medida, la experiencia que los profesionales sanitarios participantes en los grupos focales describen en relación con la trayectoria asistencial de las personas con un TMG (Figura 6.2), y que se desarrolla a continuación.

¿Cómo es la detección y el diagnóstico del trastorno mental?

De acuerdo con los participantes en los grupos focales, en todos los centros penitenciarios se realiza un **reconocimiento médico inicial, en las primeras 24 horas, a todas las personas que ingresan.** Es en esta primera entrevista médica cuando **se suele detectar a la mayoría de las personas con un trastorno mental, especialmente un TMG**, que no haya sido previamente diagnosticado.

El **número de personas que ingresan** en un centro penitenciario con un problema de salud mental **sin diagnosticar** varía según los centros penitenciarios, aunque en algunos casos, puede superar a la **mitad de los ingresos en un año.**

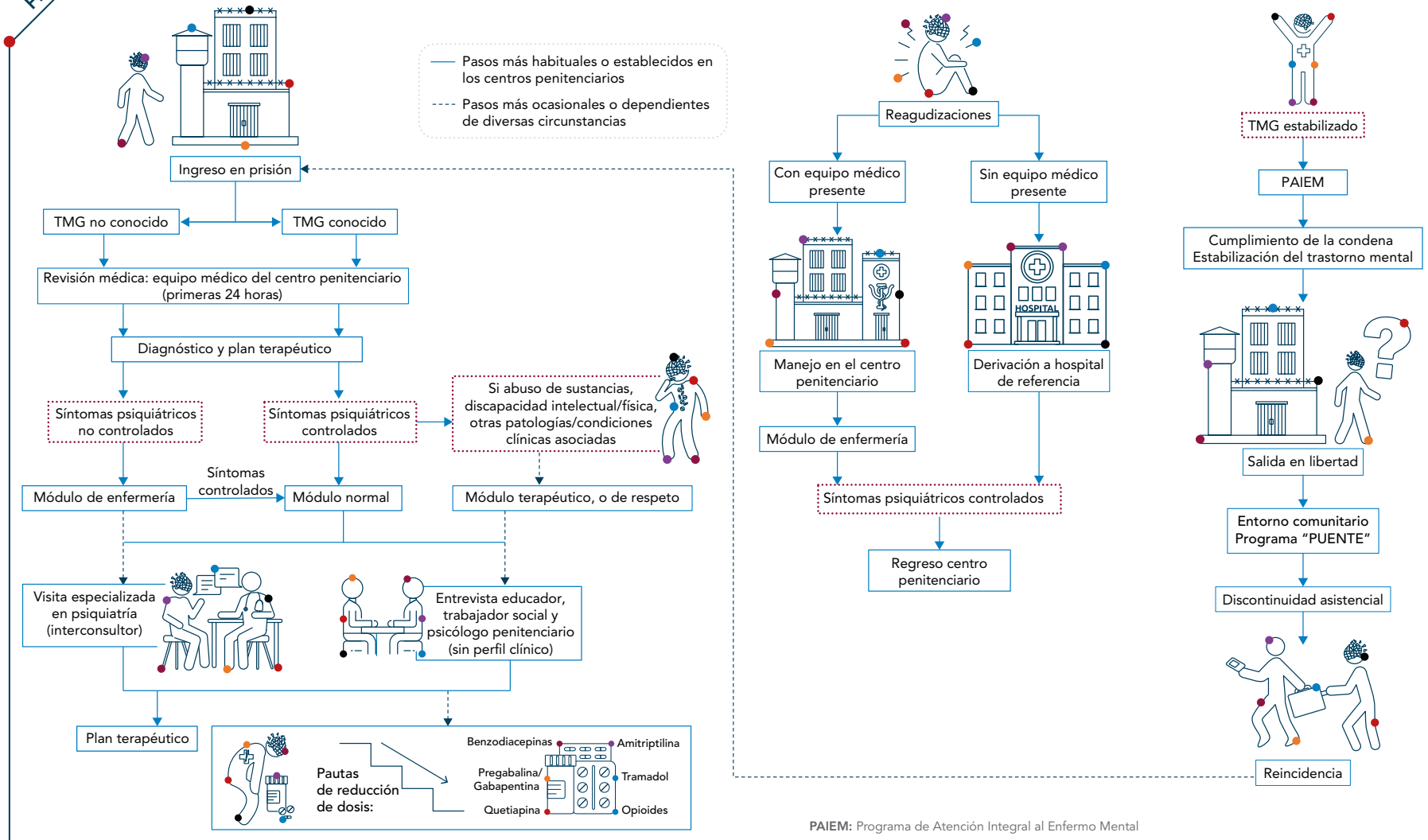
> *Nos llegan más del 60% sin diagnosticar, ya han pasado por prisiones y algunos vienen de libertad.* [G1; 00:26:35.860]

> *El **número de personas** que ingresan en un centro penitenciario con un problema de salud mental **sin diagnosticar** puede superar a la **mitad de los ingresos en un año.***

En otras ocasiones, las personas que ingresan tienen un **diagnóstico psiquiátrico conocido en otros recursos asistenciales**, otros centros penitenciarios, servicios sanitarios comunitarios o centros de atención al drogodependiente. También, suelen ser frecuentes

Figura 6.2

Representación esquemática de la trayectoria asistencial que suelen seguir los pacientes con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios ordinarios en España



PAIEM: Programa de Atención Integral al Enfermo Mental

los reingresos de personas internas que ya habían sido tratados anteriormente en el mismo centro penitenciario.

> *Al ponernos en contacto nosotros con el centro de atención al drogodependiente, donde ellos toman la metadona en el exterior, pues ya ahí nos lanzan la alerta de si el paciente tiene algún tipo de trastorno asociado.* [G3; 01:05:37.040]

Los **casos leves de trastorno mental pueden pasar desapercibidos en la primera valoración médica** por lo que resulta importante involucrar al resto del personal sanitario y no sanitario del centro para notificar al personal médico si aparecen conductas anormales.

> *Pasa ciertos filtros en los que alguno puede detectar, siempre al final, sea uno u otro: médico, educador, trabajador social, psicólogo.* [G3; 01:00:50.350]

> *Nos avisan porque a un interno lo ven extraño, lo ven solitario, lo ven que no participa en nada o que se les presenta con conductas extrañas en la cabina del funcionario.* [G2; 01:13:14.671]

¿Dónde ingresa la persona con un trastorno mental en el centro penitenciario?

Una vez se ha establecido el diagnóstico, la persona interna ingresa en un módulo u otro dependiendo de su patología y de la estructura de los centros. Aquellas **personas que presentan síntomas de su trastorno mental no controlados ingresan inicialmente en el módulo de enfermería** hasta que se estabiliza su sintomatología. Si el **trastorno está estabilizado**, entonces **ingresan en un módulo terapéutico, de respeto o normal**, dependiendo de las características del centro. La persona es evaluada por el **equipo de tratamiento** que suele incluir un **trabajador social, un educador y un psicólogo penitenciario.**

> *Algunos vienen muy muy estabilizados de la calle, afortunadamente, pues pasan a un módulo normal para que lo vea el educador y lo vea la gente de tratamiento.* [G3; 01:05:37.040]

Los módulos terapéuticos suelen estar destinados a personas con trastornos mentales estabilizados que presentan patología asociada (adicciones, por ejemplo), o con una discapacidad intelectual o sólo un trastorno por uso de sustancias, alcoholismo, drogodependencia, sin patología psiquiátrica asociada.

> *Y puede haber unos 50 internos, 40 y tantos 50 internos de media (módulo terapéutico).* [G3; 00:18:04.960]

¿Cómo se llevan a cabo las consultas especializadas de psiquiatría?

La derivación al psiquiatra se realiza una vez el equipo médico ha determinado un primer diagnóstico y un tratamiento para su confirmación.

> *El médico es el que pone los tratamientos médicos, lógicamente, y una vez que lo tenemos un poco centrado y sabemos un poco como va … se confirma con psiquiatría.* [G1; 01:15:25.600]

Valoración por el especialista en Psiquiatría

Habitualmente, **el psiquiatra que visita a las personas con trastornos mentales en los centros penitenciarios ordinarios está contratado como médico interconsultor externo con una dedicación variable según el centro**, y no pertenece a la administración penitenciaria (6,7). El equipo médico del centro penitenciario selecciona a los pacientes que serán visitados por Psiquiatría en función de las necesidades específicas individuales.

> *Aquí no hay médicos, psiquiatras. Viene un psiquiatra del hospital.* [G2; 00:44:27.020]

> *Y más o menos cada día que viene, que está 3 horas, ve a 7 u 8 y nosotros les vamos seleccionando para dar prioridad a los que nos parecen más relevantes.* [G2; 00:44:27.020]

Cuando no hay médico psiquiatra contratado, la consulta especializada psiquiátrica se realiza en el hospital de referencia. Sin embargo, **la falta de recursos de custodia puede dificultar el traslado de la persona interna.** En estos casos, el equipo médico del centro hace las interconsultas necesarias telemáticamente.

> *Para consultas programadas muchas veces la policía no tiene recursos para trasladar a los internos y nosotros hacemos interconsultas a la especialista.* [G2; 01:16:09.840]

> *Muchas veces recurrimos por vía privada, por nuestros teléfonos personales, para consultarle (al médico psiquiatra) dudas o para hablar de un paciente que queremos derivar al hospital. (…) El problema es que (…) no está presente en el centro mucho tiempo, pero sí que tenemos una comunicación con él.* [G2; 01:14:44.130]

En los centros penitenciarios ordinarios, psiquiatras interconsultores externos contratados realizan las visitas de psiquiatría con una dedicación variable segun el centro. Cuando no hay médico psiquiatra contratado, la consulta especializada en psiquiatría se realiza en el hospital de referencia.

¿Cómo se manejan las reagudizaciones?

Reagudizaciones en el centro penitenciario

Las reagudizaciones de los síntomas de un trastorno mental son frecuentes cuando no se cumple el tratamiento farmacológico recomendado o se usan sustancias psicoactivas

fuera de indicación. Las reagudizaciones psiquiátricas se manejan habitualmente en los mismos centros penitenciarios, siempre y cuando esté presente un médico penitenciario con experiencia.

> *Una urgencia psiquiátrica para que haya tres, cuatro a la semana, cinco a la semana (…) No hace falta correr mucho. Descompensaciones. Problemas, pequeños, grandes.* [G3; 00:37:57.310]

> *Nosotros los médicos normalmente estamos muy entrenados ya, porque llevamos muchos años y estamos capacitados para manejar una urgencia psiquiátrica normalmente.* [G3; 00:38:46.690]

> *Normalmente las patologías más agudas que se puedan manifestar, pues las acabamos tratando nosotros. (…) y después pues ya cuando viene el psiquiatra pues ya lo valora el psiquiatra. Lo que pasa es que muchas veces cuando lo ve el psiquiatra ya está bastante más centrado.* [G2; 00:48:50.150]

Las personas internas con una reagudización de los síntomas de su TMG son derivadas al módulo de enfermería del centro penitenciario donde suelen permanecer hasta su estabilización. Durante su estancia en el módulo de enfermería no sólo se garantiza el cumplimiento del tratamiento farmacológico sino también se brindan otros cuidados básicos diarios relacionados con la higiene y alimentación mientras se vigila y limita el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Derivación al hospital de referencia

Cuando los centros penitenciarios disponen de médicos presenciales, la derivación al hospital de referencia por agudización de los síntomas psiquiátricos es poco habitual, y únicamente se derivan los casos más graves.

> *Es muy extraordinario que haya que sacar a alguien o que saquemos a alguien a la unidad de agudos (…) normalmente los manejamos nosotros.* [G3; 00:37:57.310]

Por el contrario, en los centros penitenciarios sin médicos presentes, la derivación de la persona interna con sus síntomas psiquiátricos no controlados al hospital de referencia es más habitual.

> *Rara es la semana que no tengamos que sacar a alguno al hospital, porque no hay manera de estabilizarlo. Y básicamente, también porque muchas veces, tampoco tenemos un médico que pueda determinar un poco si el paciente está para quedarse o no, y preferimos también sacarlo.* [G3; 00:51:21.260]

En el año 2020, en más del 40% de los centros penitenciarios ordinarios, el personal médico realizaba guardias localizadas, no presenciales (8).

Protocolos de derivación

Al igual que la decisión de derivar las urgencias psiquiátricas al hospital, **los protocolos para el traslado urgente de personas**

internas al hospital varían según los centros penitenciarios. En algunos casos, la ausencia de protocolos y de coordinación entre los distintos servicios para asumir el acompañamiento y responsabilidad sobre la persona interna ralentizan el traslado oportuno y urgente al hospital.

> *Muchas veces vienen los del 061 y nos dicen que ellos no son los que tienen que derivar al paciente, que eso es la institución.* [G3; 00:55:10.880]

> *Tiene que ser el personal del centro el que tiene que sacar al paciente, pero no entienden que estamos solos en la institución, que no podemos abandonar el centro.* [G3; 00:52:07.850].

Ingreso y estancia en el hospital de referencia

Los participantes del grupo focal mencionan que las características del recurso hospitalario en el que ingresan las personas internas con un TMG varían según la naturaleza de la urgencia psiquiátrica, la organización y los recursos estructurales y humanos disponibles en el hospital de referencia. **En algunas CCAA, la persona con un TMG ingresada en el hospital de referencia es atendida en la unidad de agudos del servicio de psiquiatría y en otras, en el servicio de urgencias general del hospital de referencia.**

La **estancia hospitalaria suele ser más corta de lo requerido** para la correcta estabilización de síntomas debido, entre otros factores, a la **falta de áreas de custodia en el hospital de referencia.**

> *Al principio no nos admitían los ingresos en el hospital, porque el hospital (…) no reunía las características para tener a la policía y a los internos, entonces nos los devolvían casi al día siguiente.* [G1; 01:04:06.510]

> *No tenemos unidad de custodia en el hospital ni tenemos una sala de espera. Entonces nuestros internos van como la población general. Para la policía es súper difícil, para el hospital también es súper difícil.* [G2; 01:15:48.660]

¿Cómo es el tratamiento farmacológico habitual de la persona con un TMG?

Aunque la investigación que se realiza en el entorno penitenciario relativa a la efectividad de los tratamientos farmacológicos es menor comparada con la que se lleva a cabo en el medio comunitario y hospitalario (9), los trabajos muestran que **clozapina, olanzapina, risperidona y los fármacos antipsicóticos inyectables de larga duración son muy eficaces en la reducción de conductas violentas y de comisión de delitos** asociados o no al abuso de sustancias, especialmente frente a haloperidol y quetiapina (10).

En este sentido, existe evidencia que indica que clozapina es superior a haloperidol y a olanzapina en la reducción de la agresividad y las agresiones en personas internas con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno de conducta (11). Además, la clozapina podría reducir la reincidencia delictiva tras la puesta en libertad de la persona con un trastorno psicótico (12), disminuiría las conductas autolesivas en las personas internas (13) así como la impulsividad y agresividad en

personas internas con trastorno antisocial de la personalidad (14). Sin embargo, la clozapina resulta eficaz en el 50-60% de los pacientes con esquizofrenia resistentes a otros antipsicóticos, y su uso ha quedado restringido a casos resistentes a otros neurolépticos por el riesgo de provocar agranulocitosis, y a diversos efectos adversos que condicionan la adherencia al tratamiento de los pacientes (15).

Los fármacos antipsicóticos inyectables de larga acción (depot) se emplean habitualmente si los síntomas están controlados y estables, y hay consenso entre el médico y el paciente.

> *No comenzamos desde el principio porque no suelen admitirlo y entonces procuramos si es posible dialogar y consensuar un poco el tratamiento. En general suele ser posible, pero empezamos por formulaciones orales y a la larga acabamos teniendo formulaciones depot.* [G1; 01:23:23.240]

Los **fármacos antipsicóticos inyectables de larga acción,** frente a los antipsicóticos orales, **permiten prevenir reagudizaciones**, **mejorar la adherencia y la estabilización sostenida en el tiempo de los síntomas** de la persona interna. Formulaciones con intervalos de administración prolongados, por ejemplo, dos veces al año, facilitan el tratamiento de mantenimiento, incluso cuando la persona sale en libertad.

Administración del tratamiento farmacológico

La administración de los tratamientos farmacológicos varía según el tamaño del centro. Así en aquellos de menor tamaño, todos los tratamientos se administran bajo la supervisión del personal de enfermería.

> *Nosotros todos los tratamientos son directamente observados, absolutamente todos los tratamientos de antipsicóticos, de benzodiacepinas, de muchísimos tratamientos, incluso si no son capaces de tomarse el antidiabético oral, se lo damos directamente observado porque nos lo podemos permitir y entonces pues llevamos un control bastante exhaustivo.* [G1; 00:56:51.940]

Sin embargo, en la mayoría de los centros penitenciarios, **la administración del tratamiento directamente observada está limitada a las personas ingresadas en el módulo de enfermería o a las que tienen prescritos fármacos psicotrópicos únicamente.**

> *Los pacientes psiquiátricos, normalmente después de desayunar suelen ir a enfermería a tomar la medicación, porque los que son psiquiátricos se les da la medicación directamente observada.* [G2; 00:27:58.040]

> *Si se sospecha que la persona manipula la medicación o se la saca, no se la traga o tal, pues normalmente ya se le da triturada y (…) se le da en potito.* [G2; 01:07:34.950]

El **tratamiento directamente observado**, que consiste en el acto de dar la medicación, constatando, en presencia física, cómo la persona se la toma por boca, controlando e inspeccionando posteriormente que se la haya tragado y en su caso inyectándola por el personal especializado y especialmente entrenado, permite

un control exhaustivo del cumplimiento terapéutico, el cual resulta especialmente importante para garantizar la estabilidad clínica de las personas internas con trastornos mentales, y para prevenir el intercambio, venta y acumulación de fármacos psicotrópicos, reduciendo la probabilidad de su consumo abusivo (16).

¿Cómo es el seguimiento en el centro penitenciario?

Las **personas internas con un trastorno mental necesitan de un seguimiento diario**, que es esencial en las personas con un TMG, debido al **deterioro cognitivo** y a la **autonomía reducida** que suelen estar asociadas. Resulta esencial el papel de la **persona interna de apoyo**, que ayuda a las personas con TMG a realizar actividades básicas de la vida diaria, como la alimentación o la higiene, e informan al personal sanitario de su evolución.

> *Si los propios internos no echaran una mano, sería absolutamente imposible, porque no hay recursos para que fuera de ellos se hagan una serie de labores que serían imposibles.* [G3; 00:18:04.960]

Las personas internas de apoyo reciben una **formación específica organizada por Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo que se imparte en determinados centros penitenciarios**, y obtienen la titulación de *Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanías* (17). Además, las personas con un TMG están en contacto diario con el personal sanitario cuando reciben su medicación supervisada.

¿Cómo se gestiona la información médica de las personas internas en el entorno penitenciario? Oficina Médica Informatizada (OMI)

La **aplicación electrónica empleada para recoger la historia médica de la población penitenciaria dependiente de la Administración Penitenciaria Central se conoce como Oficina Médica Informatizada** (OMI). Este sistema electrónico recoge el historial clínico y todas las prescripciones médicas que recibe una persona interna, incluyendo a aquellas con un TMG.

A pesar de las ventajas que puede suponer un sistema electrónico como este para agilizar la transferencia de información y gestión de los casos, los profesionales entrevistados han identificado una serie de limitaciones en el sistema OMI que repercuten negativamente en la práctica clínica diaria y compromete la seguridad de la gestión de la información recogida en el sistema. Se resumen en la figura 6.3.

Por lo tanto, OMI es una buena iniciativa que requiere de una adecuada implementación y de optimización de su funcionalidad.

Programa PAIEM

Las personas con TMG son evaluadas para su inclusión en el PAIEM destinado principalmente para este colectivo (18). Los participantes en el grupo focal describieron en qué consiste, cómo funciona y cuáles son las oportunidades y limitaciones actuales del programa (Tabla 6.2).

Figura 6.3

Resumen de propósitos, limitaciones y consecuencias del Sistema OMI (centros penitenciarios ordinarios)

Sistema OMI

	Integración en red	Gestión segura de la información
PROPÓSITOS	**Integración en red**	**Gestión segura de la información**
LIMITACIONES	· Sin integración en red en la Administración Penitenciaria Central. · Sin integración en red en los sistemas sanitarios autonómicos.	· Sin sistema de firma electrónica. · Mismo nivel de acceso al historial clínico para todo el personal sanitario.
CONSECUENCIAS	· Interrupción del flujo de información médica. · Aislamiento de la asistencia sanitaria dentro de los centros penitenciarios ordinarios.	· Invalidez de la prescripción médica. · Responsabilidad en la gestión de la información médica no delimitada de acuerdo con las funciones de cada profesional en el cuidado de la persona interna.

OMI: Oficina Médica Informatizada

Tabla 6.2

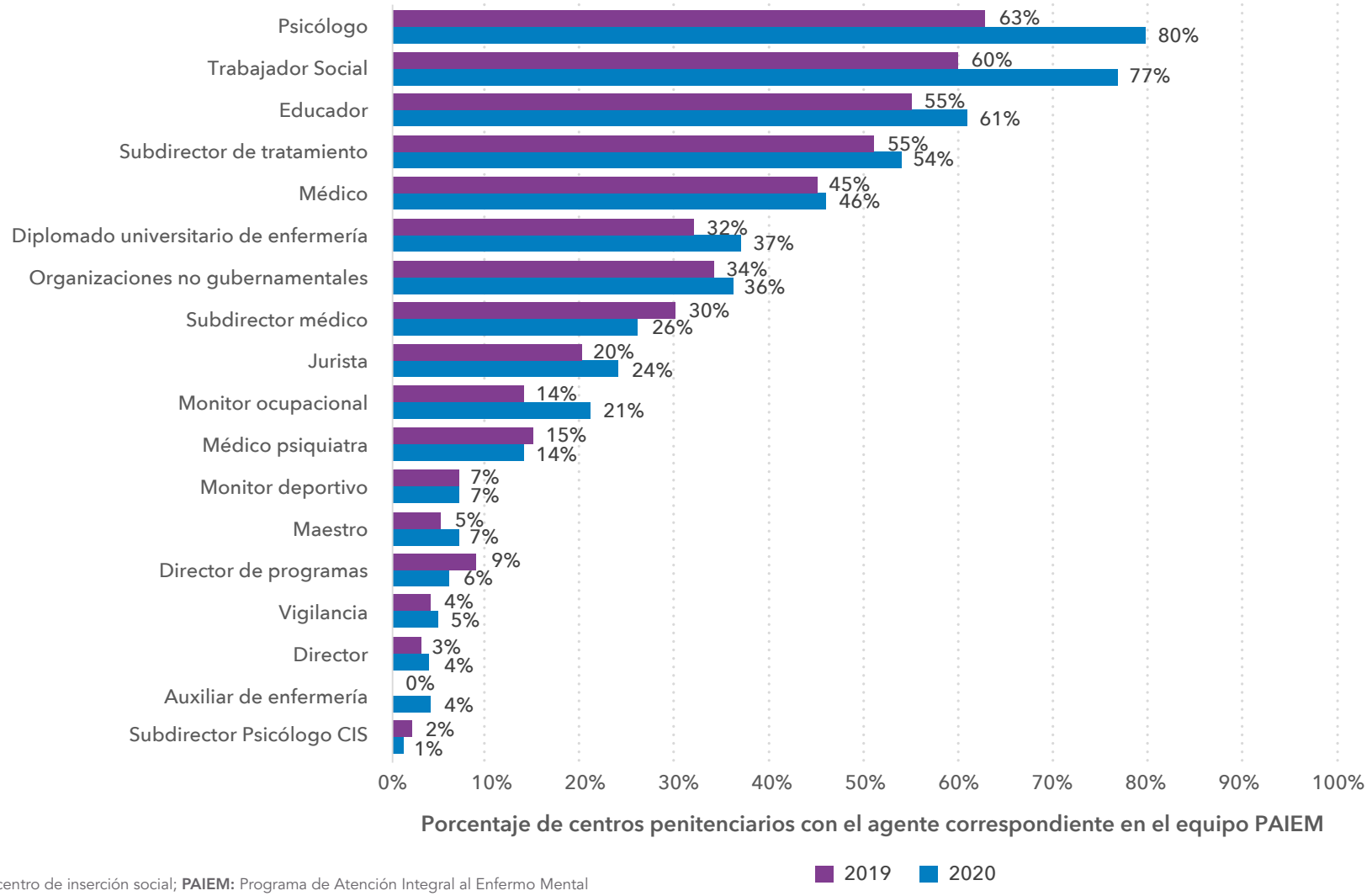
Resumen de las características del programa PAIEM desde la perspectiva de los profesionales sanitarios involucrados

	PROGRAMA PAIEM	
Objetivos	1) Atención clínica 2) Rehabilitación 3) Reinserción social de las personas internas con un TMG	
Profesionales involucrados	Cada centro cuenta con un equipo multidisciplinar formado por profesionales sociosanitarios del propio centro, de otros servicios comunitarios y personas voluntarias de las ONGs	
Funciones de los profesionales	Evaluación semanal de la evolución de las personas con un TMG	
Ventajas	· Seguimiento más próximo · Participación en actividades y talleres en función de capacidades individuales.	“*Ahora mismo lo que creo que más les beneficia del programa son las actividades y llevar un, digamos, un estilo de vida más tranquilo con respecto a otros módulos. Digamos que en este programa están como más tranquilos, más protegidos y eso repercute en su trastorno mental, pues de forma bastante notable.* [G2; 01:23:56.820]”
Limitaciones	· Plazas limitadas · Personal sociosanitario sin tiempo suficiente para dedicar al programa · Participación limitada (o ausente) de los psiquiatras interconsultores · Escasez de recursos para implementar actividades	“*Ahora mismo tenemos una capacidad para 25- 30 internos porque los recursos son justos (…). Pues ahora mismo creo que unos diez o 15 más perfectamente (podrían beneficiarse del programa).* [G2; 01:18:54.900- 01:21:09.330]” “*Los médicos ahora mismo en el centro penitenciario solo atendemos incidencias, estamos de guardia continuamente, atendemos las urgencias, pero no podemos atender los programas. Entonces todos los programas se llevan todos, tanto el PAIEM como la UTE (Unidad Terapéutica y Educativa), como todos se llevan sin una supervisión médica.* [G2; 01:25:31.950]” “*Realmente es inviable por la falta de médicos.* [G2; 01:25:31.950]”
Soluciones propuestas	· Equipo multidisciplinar específico, con dedicación exclusiva para el programa PAIEM · Participación del equipo multidisciplinar en la planificación de talleres y actividades	“*Yo tendría un equipo en dedicación exclusiva al programa.... y creo que hace falta un médico, que no es dedicación exclusiva al programa, pero que por lo menos pueda acudir a las reuniones y que tenga más voz dentro de del equipo.* [G2; 01:25:31.950]”

ONG: Organización no gubernamental, **PAIEM:** Programa de Atención Integral al Enfermo Mental, **TMG:** trastorno mental grave

Figura 6.4

Frecuencia de representación de diferentes agentes en los equipos evaluadores del programa PAIEM en los centros penitenciarios (19)



CIS: centro de inserción social; **PAIEM:** Programa de Atención Integral al Enfermo Mental

La composición de los equipos varía considerablemente según los centros. **Predomina la presencia de psicólogos y trabajadores sociales**, sin embargo, el personal médico del centro o especialista de psiquiatría suele estar menos representado (Figura 6.4)

> *El equipo sanitario prácticamente no, porque no hay gente prácticamente para sacar la práctica clínica diaria, pues para el PAIEM tampoco.* [G3; 01:05:37.040]

Adicionalmente, en algunos módulos de enfermería, las personas con trastornos mentales participan y colaboran en diversas tareas de acuerdo con sus capacidades y como parte de su rehabilitación y recuperación.

> *La gente que está mejor pues tiene que colaborar en la limpieza del módulo, en el reparto de comida, un poco en las cuestiones más rutinarias, de tal manera que intentamos un poco normalizar lo que es la vida dentro de un estado y de un entorno que es anormal, porque no es normal estar en una prisión.* [G1; 00:59:57.680]

> *Todos tienen una labor que hacer con arreglo a su capacidad (…). Nosotros queremos que todos estén integrados, que no estén discriminados, pues parte de su proceso de recuperación también consiste en realizar actividades propias de ellos y otras, y lo entienden.* [G1; 01:04:06.510]

Asistencia emocional

La mayoría de los psicólogos que operan en los centros penitenciarios ordinarios cumplen funciones administrativas penitenciarias. La presencia de psicólogos clínicos con capacidad para realizar terapias con las personas con TMG es excepcional en los centros penitenciarios ordinarios, y su actividad está determinada por la voluntad de cada profesional.

> *Ocurre de forma excepcional algunas veces, pero sí es verdad que hay algunos [psicólogos] que lo hacen. No está yo creo de forma reglada el hacer que haya una figura de psicólogo clínico para trastornos mentales graves y para que se utilice dentro de las prisiones.* [G3; 00:41:18.000]

En ocasiones, los psicólogos que realizan terapias con las personas con trastornos mentales colaboran a través de las ONGs, lo que constituye una atención a menudo insuficiente e irregular.

> *Y la poca atención que puedan tener a nivel de terapia, ya sea grupal o individual, muy escasa son los psicólogos que entran a través de las ONGs en diversos programas de tratamiento, pero son psicólogos de la calle, no son los psicólogos de la institución.* [G3; 00:42:24.960]

¿Qué ocurre cuando la persona interna con un TMG sale en libertad?

La derivación a los servicios comunitarios para garantizar la continuidad de los cuidados en salud mental con la salida en **libertad de la persona con un trastorno mental es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los profesionales sociosanitarios de los centros penitenciarios ordinarios.** La

principal dificultad para la continuidad asistencial en la comunidad de estas personas es la falta de integración de los servicios sociosanitarios penitenciarios en los servicios sociosanitarios autonómicos.

> *Lo mismo que podemos hacer con los programas de droga que sí podemos derivarlo desde el centro, no lo podemos hacer con los programas de salud mental porque no estamos en red.* [G1; 01:26:43.830]

La continuidad de la asistencia sociosanitaria de estas personas en la comunidad resulta posible cuando la persona interna cuenta con familiares o cierto soporte familiar, pero esta es una circunstancia relativamente excepcional en esta población. En algunas CCAA, para quienes no cuentan con red de apoyo familiar y/o social, existe el Programa Puente de Mediación Social.

El **Programa Puente** tiene como objetivo principal **coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que la persona judicializada con una patología psiquiátrica pueda disponer de los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación en la comunidad.** Esta labor la lleva a cabo un equipo multidisciplinar, llamado "Unidad Puente" que trabaja desde los CIS (20,17).

Sin embargo, al no estar implementado por igual en todo el territorio español, sólo responde a las necesidades de un número limitado de personas con TMG, en algunas regiones (Figura 6.5 y 6.6). Datos del informe de Instituciones Penitenciarias de 2019 indican que **menos de la mitad (45%) de las personas con TMG que alcanzaron la libertad fueron derivados a un recurso comunitario** (17). En 2021, de un promedio trimestral de 159 personas con un TMG, 126 (79,25%) fueron incluidas en el Programa Puente, proporción que fue muy similar entre 2019 y 2021 (21).

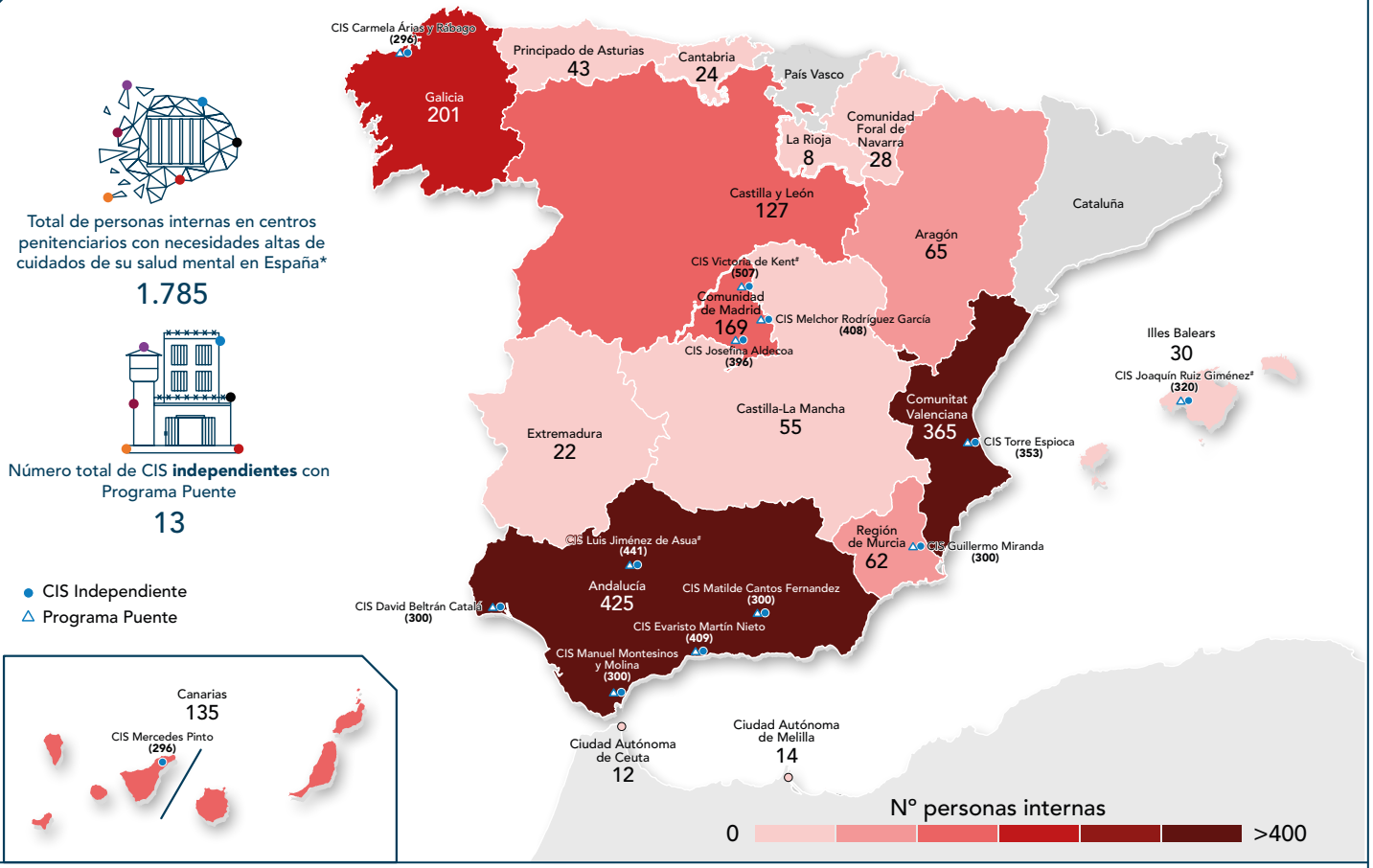
Garantizar la continuidad de los cuidados en salud mental en la comunidad tras la salida en libertad de la persona con un trastorno mental es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los profesionales sociosanitarios trabajando en los centros penitenciarios ordinarios debido a la falta de integración de los servicios sociosanitarios penitenciarios en los servicios sociosanitarios autonómicos.

Centros de Inserción Social para la atención social en la comunidad

Los CIS son infraestructuras de Medio Abierto dedicadas al cumplimiento de penas de tercer grado de tratamiento. En el 2021 existían un total de 34 CIS que se dividen en dos tipos (21): **CIS independientes y CIS dependientes.**

Figura 6.5

Número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud en centros penitenciarios ordinarios y localización de los CIS independientes de Comunidades Autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas (21,22)



CIS: centro de inserción social

*Datos correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (22). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla. # CIS con plazas destinadas a unidades de madres.

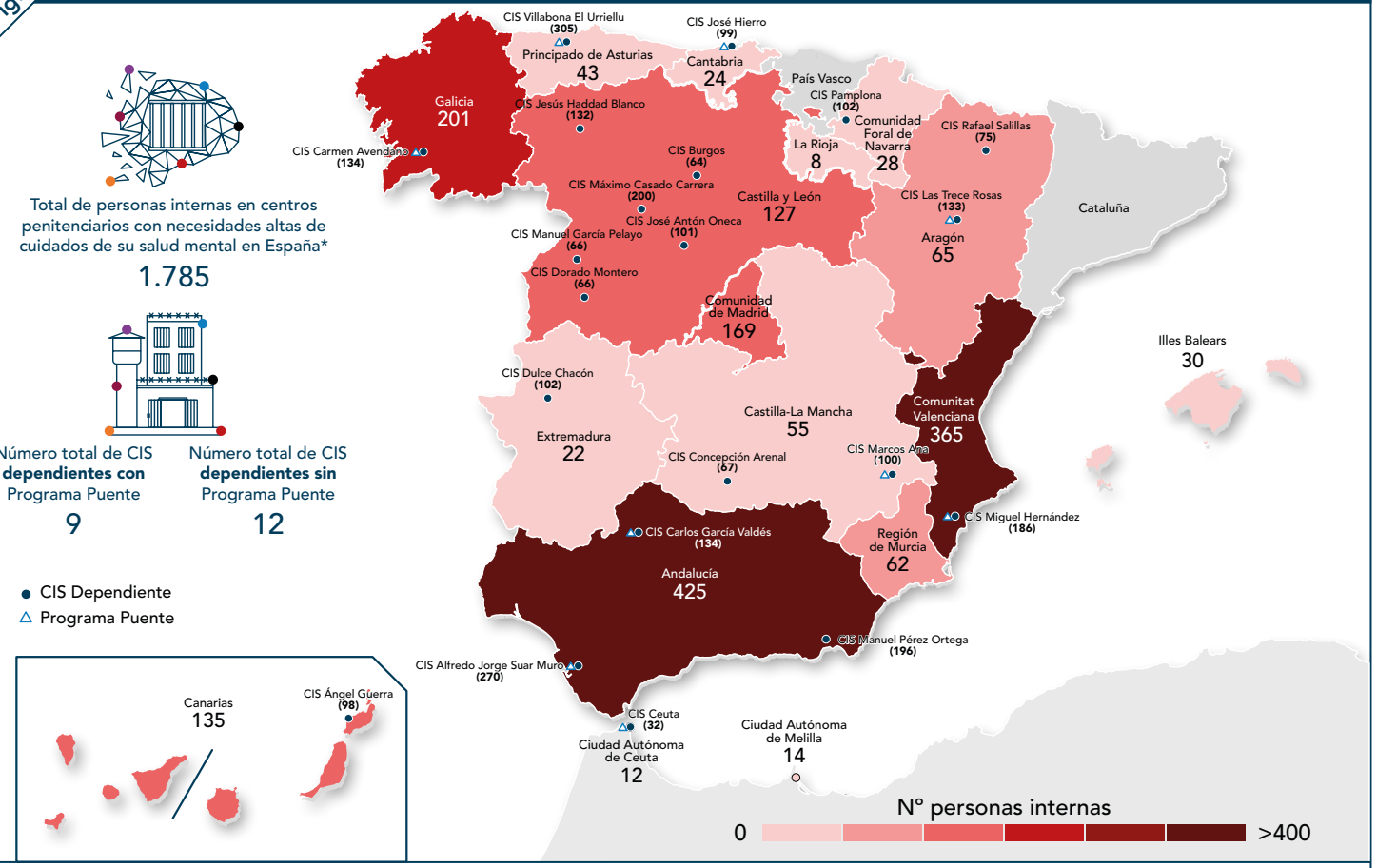
Nota: Para la elaboración de este mapa, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por CCAA de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios y viceversa.

Datos sobre los CIS independientes (número de plazas disponibles) extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (21)

Figura 6.6

Número de personas con necesidades altas de cuidados de su salud en centros penitenciarios ordinarios y localización de los CIS dependientes de Comunidades Autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas (21,22)



CIS: centro de inserción social

*Datos correspondientes a julio 2019, extraídos de la respuesta del Gobierno el día 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf (22). Estos datos no incluyen a la población interna de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla.

Nota: Para la elaboración de este mapa, se han empleado los nombres oficiales de las CCAA

La intensidad del color se corresponde con el número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental por CCAA de tal modo que el color más intenso indica un número más alto de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios y viceversa.

Datos sobre los CIS independientes (número de plazas disponibles) extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones(21).

Los CIS independientes son centros con plena autonomía de gestión, equipo directivo completo y Relación de Puestos de Trabajo propia. Pueden admitir penados procedentes de libertad y pendientes de clasificación inicial con determinados perfiles. En el año 2021, había 13 centros independientes localizados principalmente en Andalucía (n=5) y Comunidad de Madrid (n=3) y todos ellos contaban con el Programa Puente (Figura 6.5) (21).

Los CIS dependientes están vinculados a centros penitenciarios de regimen ordinario y están dirigidos por el subdirector del CIS que forma parte del Equipo Directivo del centro del que depende. Sólo algunos de ellos cuentan con Relación de Puestos de Trabajo diferenciada de la del centro de régimen ordinario de referencia. En el año 2021, había un total de 21 centros de estas características, y 9 de ellos contaban con el Programa Puente (Figura 6.6) (21). Los CIS de Castilla y León (n=5), Comunidad Foral de Navarra (n=1) y Extremadura (n=1) no tienen implementado el Programa Puente.

La distribución de los CIS y especialmente los que cuentan con el Programa Puente es dispar en todo el territorio español. Esta distribución no guarda relación con el tamaño de la población con altas necesidades en el cuidado de su salud mental que podría beneficiarse de este recurso. Así la Comunidad Valenciana, una de las CCAA con un mayor número de personas con altas necesidades en el cuidado de su salud mental, solo cuenta con dos CIS. Castilla y León no tiene CIS con el Programa Puente implementado a pesar de tener una población significativa de personas con altas necesidades en el cuidado de su salud mental.

Unidades de estancia media en la comunidad

Entre otros recursos posibles, se encuentran las unidades de estancia media, centros de reinserción social, pisos tutelados o comunidades terapéuticas. Sin embargo, este tipo de recursos funcionan de manera aislada e independiente unos de otros, y suelen tener un número muy limitado de plazas que es muy insuficiente para cubrir las necesidades.

> *Nosotros hemos tenido dos residencias, uno en un piso tutelado y varios en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, pero para eso es una lucha; es muy difícil, porque el mecanismo al no estar en red, que ese es el problema importante.* [G1;.01:36:02.600]

> *Nos ha pasado sobre todo con la unidad de media estancia, que siempre dicen y es verdad que tienen pocas camas y hay mucha lista de espera.* [G1; 01:32:54.610]

Discontinuidad asistencial, estigma

En el caso de las personas con un TMG que salen en libertad y su lugar de residencia **corresponde a una CCAA diferente a la del centro penitenciario, el riesgo de discontinuidad asistencial es aún mayor.** La falta de integración de los sistemas sanitarios entre las distintas CCAA dificulta aún más la derivación de la persona a los recursos sociosanitarios que le corresponden.

> *El problema es cuando se van a otras comunidades sin familia. Esos normalmente los solemos perder, no sabemos bien lo que ocurre.* [G1; 01:31:17.610]

La ausencia de la historia clínica electrónica, única y compartida en red dificulta la comunicación entre los servicios penitenciarios y comunitarios, tanto en la misma CCAA como entre distintas CCAA cuando no se han transferido las competencias de sanidad penitenciaria.

> *Porque si no le doy yo el informe con toda la analítica, toda la atención que le hemos prestado dentro de la de la prisión recogida en la historia clínica digital, ese paciente sale a la calle y en esos dos años es como si nadie se hubiera encargado de este paciente (….) Toda nuestra atención quedaría metida en una historia clínica global, por decirlo así, ya no solo de prisiones, y al profesional que llegue (…) pues tendría toda la información.* [G3; 01:49:05.590]

De igual manera, **la falta de comunicación entre los distintos centros penitenciarios también entorpece la continuidad de la asistencia** de las personas internas con un trastorno mental que son trasladadas a otros centros penitenciarios.

> *Una vez que el paciente se va del centro, aunque vaya a otro centro penitenciario, ya no tenemos acceso tampoco a la historia clínica.* [G2; 01:05:48.130]

El estigma asociado a estas personas, su dificultad para adaptarse a nuevos entornos y la escasa formación de los profesionales responsables en su manejo clínico y terapéutico constituyen barreras adicionales a la continuidad de la atención sociosanitaria en la comunidad.

> *Los pacientes que se van a comunidades terapéuticas (…) lo que pasa es que, en cuanto incumplen también las normas allí, tan rápido como sea, pues los expulsan de nuevo e incluso vuelven a entrar en prisión porque vuelven a delinquir.* [G1; 01:29:32.190]

> *Si en una comunidad terapéutica que es de puertas abiertas, que algunos pacientes no ingresan porque los echan de la comunidad terapéutica por no cumplir la norma. Y no cumplir la norma es tener trastorno de conducta en la comunidad terapéutica.* [00:28:59]

> *Creo que en el fondo lo que ocurre es que lejos de ver a nuestros pacientes como enfermos mentales, los ven como ex-convictos.* [G1; 01:32:54.610]

Una de las principales consecuencias de la discontinuidad en el cuidado sociosanitario de las personas con un TMG cuando salen en libertad es la reincidencia en la comisión de delito y el reingreso en un centro penitenciario.

Conclusiones

La trayectoria de la persona interna con necesidades altas de cuidados de su salud mental varía considerablemente según el funcionamiento y la disponibilidad de los recursos que exista en los centros penitenciarios ordinarios de las CCAA sin competencias de sanidad transferidas. La práctica asistencial, de interconsultas y derivación se ajusta a los recursos disponibles, la experiencia del personal sanitario y su voluntad sin que haya protocolos para organizar los procesos ni recursos humanos suficientes. El personal médico del centro penitenciario es el responsable de la atención sanitaria de las personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental y garantiza la continuidad de los cuidados. El médico especialista en psiquiatría tiene un rol interconsultor, contratado, externo que visita a las personas con un TMG con frecuencia variable, pero en general menor de la recomendable o necesaria para un seguimiento adecuado, según el centro penitenciario.

Los hallazgos recopilados en este capítulo muestran que el programa PAIEM, dirigido a las personas con un TMG, promueve su participación en diversas actividades y talleres. Aunque su concepción es pertinente y necesaria, la escasez de recursos limita su implementación y funcionamiento óptimos para cumplir sus objetivos de atención clínica, de rehabilitación y de reinserción social de las personas con problemas de su salud mental. Por esta misma razón, se beneficia del PAIEM sólo un número limitado (y menor al deseable) de personas internas con TMG en los centros penitenciarios.

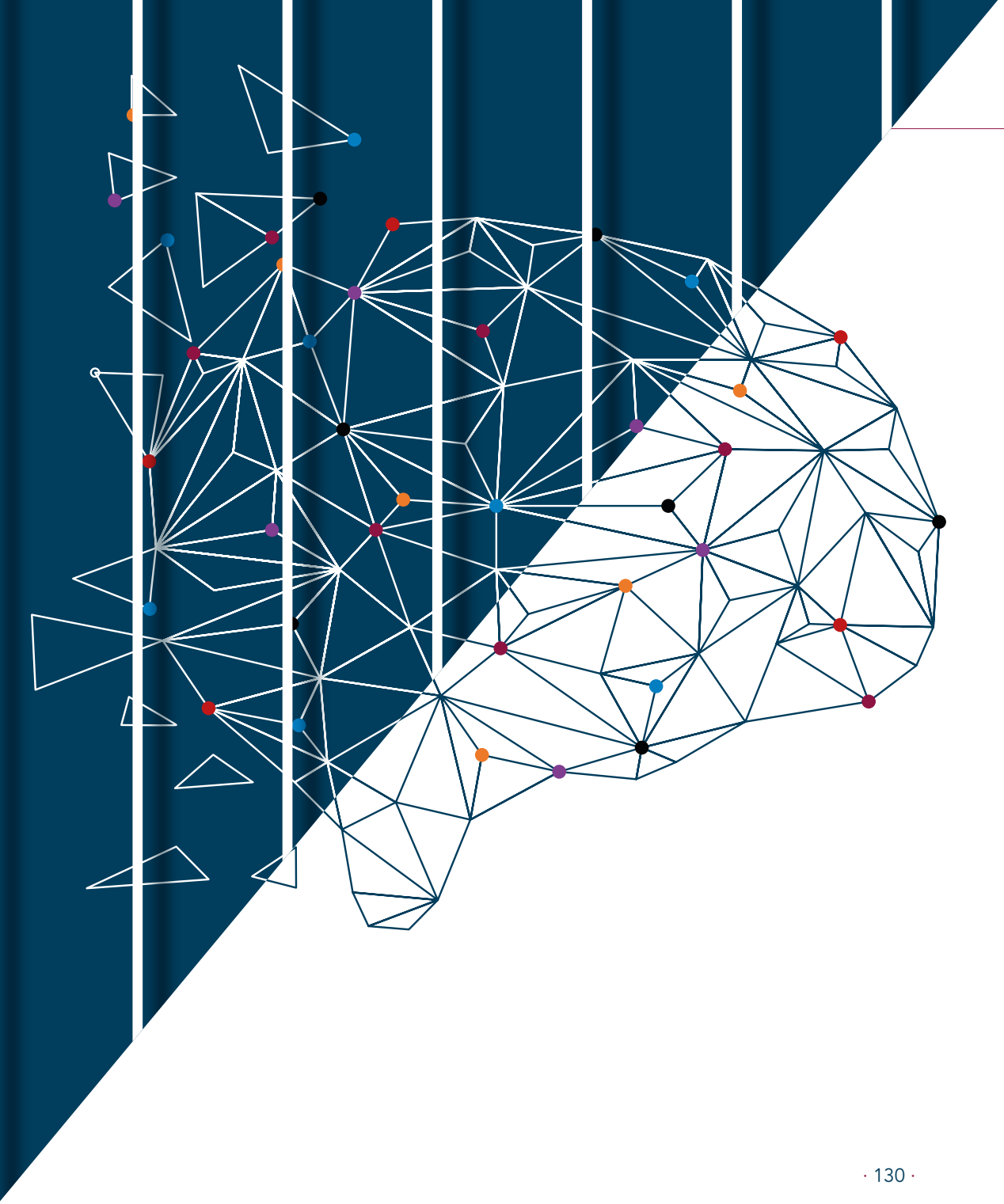
La ausencia de protocolización y de un sistema integrado y compartido de historia clínica compromete el seguimiento asistencial, la transferencia de información sanitaria y social de las personas con un TMG, tanto dentro como fuera del sistema penitenciario, cuando son trasladadas a otro centro penitenciario, a otra CCAA, o a la comunidad. La naturaleza y organización penitenciaria de los centros parece comprometer también ciertos aspectos claves para la continuidad asistencial como es la gestión de las altas, derivaciones y/o externalizaciones de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

La continuidad de la asistencia sociosanitaria de estas personas cuando salen en libertad está dificultada por la falta de integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los servicios sociosanitarios autonómicos, la ausencia de un historial clínico electrónico en red, la escasez de recursos sociosanitarios comunitarios, el estigma y la pobre formación profesional específica en el entorno comunitario para atender adecuadamente a las necesidades de estas personas. El Programa Puente, a través de los CIS, se ha diseñado e implementado para responder a esta necesidad de integración comunitaria de los cuidados, sin embargo, está presente solo en ciertas regiones de España con alcance limitado, escasos recursos y no siendo suficientes para la población penitenciaria con altas necesidades de cuidados de su salud mental que se beneficiarían de este recurso. En su diseño e implementación, las próximas políticas destinadas a renovar la atención sanitaria y social de las personas internas con un TMG han de tener en cuenta estas áreas de mejora, integrando la asistencia

sanitaria y social penitenciaria en la asistencia autonómica y local, centrando la continuidad asistencial en la comunidad y dotando los recursos necesarios y suficientes.

Referencias

1. Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE) - ARARTEKO. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV [Internet]. Vols. 616.89-058, Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. 2014. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Atencionsociosanitariasaludmentalprivacionlibertad.pdf
2. Ararteko - Defensor del Pueblo Vasco. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV [Internet]. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV. 2014 [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: https://argitalpen.ararteko.eus/index.php?leng=cast&id_l=81&id_a=2641
3. BOE-A-1882-6036. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. [Internet]. 1883. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/1882/09/14/(1)/con
4. Red Jurídica Coorperativa. ¿Cuáles son los grados de clasificación penitenciaria? [Internet]. Blog de Red Jurídica. 2019 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://red-juridica.com/grados-clasificacion-penitenciaria/#:~:text=En la práctica el tratamiento,de semilibertad (tercer grado).
5. Cerezo A, Díaz D. El enfermo mental en el medio penitenciario español. Int e-Journal Crim Sci. 2016;2(2016):1-24.
6. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 12086) al Congreso 184/1595- 23/12/2019 de Jon Iñarritu García (GEHB) [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l14p/e1/e_0012086_n_000.pdf
7. Arnau Peiró F. Atención psiquiátrica en prisiones: hacia la inevitable integración de los servicios de salud autonómicos en el abordaje de los internos con problemas de salud mental. Rev Española Sanid Penit. 2022;24(2):40-2.
8. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Respuesta a la solicitud por transparencia realizada por el Dr. A. Calcedo, el 5 de septiembre 2022. (Anexo II- Estadística Sanitaria 2020. Atención primaria en instituciones penitenciarias (global y centros). 2022.
9. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions Europe PMC Funders Group. Lancet Psychiatry. 2016;3(9):871-81.
10. Sariaslan A, Leucht S, Zetterqvist J, Lichtenstein P, Fazel S. Associations between individual antipsychotics and the risk of arrests and convictions of violent and other crime: a nationwide within-individual study of 74 925 persons. Psychol Med. 2022;52(16):3792-800.
11. Krakowski M, Tural U, Czobor P. The importance of conduct disorder in the treatment of violence in Schizophrenia: Efficacy of Clozapine Compared with Olanzapine and Haloperidol. Am J Psychiatry. 2021;178(3):266-74.
12. Mela M, Depiang G. Clozapine's effect on recidivism among offenders with mental disorders. J Am Acad Psychiatry Law. 2016;44(1):82-90.
13. Zarzar TR, Catlett TL, O'Connell MG, Harrelson BH, Wilson VP, Rashad GN, et al. Clozapine reduces self-injurious behavior in a state prison population. J Am Acad Psychiatry Law. 2019;47(1):61-7.
14. Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, et al. Clozapine: An effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. CNS Spectr. 2013;19(5):391-402.
15. Verdura Vizcaíno EJ, Ballesteros Sanz D, Sanz-Fuentenebro J. Monitorización de niveles plasma de antipsicóticos atípicos. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2012;32(115):499-519.
16. Pérez Martínez E. Vigilar, castigar y tratamiento directamente observado (TDO). Norte salud Ment. 2021;XVII(64):112-4.
17. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2019 [Internet]. Ministerio del Interior. 2019 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
18. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Centros Penitenciarios. Equipos Y Actividades 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/0/Memoria_PAIEM_2018.pdf/536b4d36-425e-2cc3-cdb9-97925ab4d4cd
19. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
20. Ministerio del Interior - Gobierno de España. Programa Puente de Mediación Social [Internet]. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. 2014. Disponible en: https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2013/11/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_CIS.pdf
21. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
22. Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales. Respuesta del Gobierno a la pregunta escrita (entrada 2492) al Congreso 184/284- 18/06/2019 por Jon Iñarritu García (GMx). [Internet]. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2019 [citado 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.congreso.es/entradap/l13p/e0/e_0002492_n_000.pdf



CAPÍTULO

7

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DE ALICANTE Y SEVILLA: ¿DE QUÉ HABLAMOS?

El contenido de este capítulo describe el punto de vista de los profesionales sanitarios que trabajan en los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, dependientes de la Administración Penitenciaria Central y que brindan sus servicios a todas las CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas del territorio español. Para conocer su experiencia en el cuidado diario de las personas internas con TMG, se realizó un grupo focal en el que participaron 6 profesionales sanitarios (3 médicos psiquiatras, 2 farmacéuticas y 1 enfermero) de ambos hospitales y 1 jurista. La entrevista grupal tuvo lugar el 20 de junio de 2022, con una duración de 2 horas y 33 minutos.

¿Qué son los hospitales psiquiátricos penitenciarios y como es su funcionamiento?

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros penitenciarios especializados en psiquiatría destinados al internamiento de personas que han cometido un delito por el que son declarados no responsables (inimputables) o no totalmente responsables (semi-imputables) por causa del trastorno de su salud mental. Se trata de establecimientos sanitarios destinados a la atención médica psiquiátrica que se caracterizan por la presencia de medidas de contención y vigilancia similares a las de los centros penitenciarios ordinarios para la custodia y el control de las personas internas mientras cumplen las medidas de seguridad impuestas por el juez. Así, **el criterio para el inicio y el fin del internamiento de la persona judicializada con un TMG en los hospitales psiquiátricos penitenciarios es judicial a pesar de ser instalaciones sanitarias.**

Ubicación de los centros y procedencia geográfica de su población

Para la custodia y tratamiento de estas personas, el reglamento penitenciario contempló inicialmente la creación de establecimientos psiquiátricos penitenciarios en forma de unidades psiquiátricas dentro de los centros penitenciarios ordinarios, cuya distribución territorial respetara su permanencia en el entorno familiar, fortaleciera su arraigo y favoreciera así el tratamiento y la rehabilitación de estas personas (1). El tratamiento que debe hacerse de las personas internas en un centro psiquiátrico (hospital o unidad de psiquiatría) se recoge, básicamente, en la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (2), la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (3) y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (4) (Figura 7.1).

Sin embargo, esta iniciativa aún está pendiente de implementarse, y en el año 2023, la Administración Penitenciaria Central sigue contando únicamente con dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, ubicados en Alicante y Sevilla respectivamente. En diciembre del año 2020, en ambos hospitales había un total de 393 personas internas (Figura 7.2), y a lo largo del año 2020, se atendió a un total de 559 pacientes: 370 en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y 229, en el de Sevilla (5). En el 2021, en ambos hospitales se atendió un total de 573 pacientes (6).

Figura 7.1

Ordenamiento jurídico-penal español para el internamiento penal de una persona con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios

Ley Orgánica 1/1979, General Penitenciaria

Establecimientos penitenciarios especiales

- Aquellos en los que prevalece el carácter asistencial, distinguiendo tres tipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social.

Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal

Principio de proporcionalidad

- Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Reglamento Penitenciario 190/1996

Diferencia entre establecimientos (hospitales) penitenciarios y unidades psiquiátricas penitenciarias

- Centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes. El primer grupo de establecimientos psiquiátricos penitenciarios se corresponde con los hospitales psiquiátricos penitenciarios (en Alicante y Sevilla, respectivamente) y el segundo grupo corresponde a la única unidad psiquiátrica penitenciaria existente en España, en el Centro Penitenciario de Zaballa (Alava) en el País Vasco.

Criterios de localización y distribución territorial

- Favorecer el esparcimiento y el ocio por parte de los pacientes internados,
- Disponer del espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
- Favorecer la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las administraciones sanitarias competentes por parte de la administración penitenciaria

Criterios regimentales

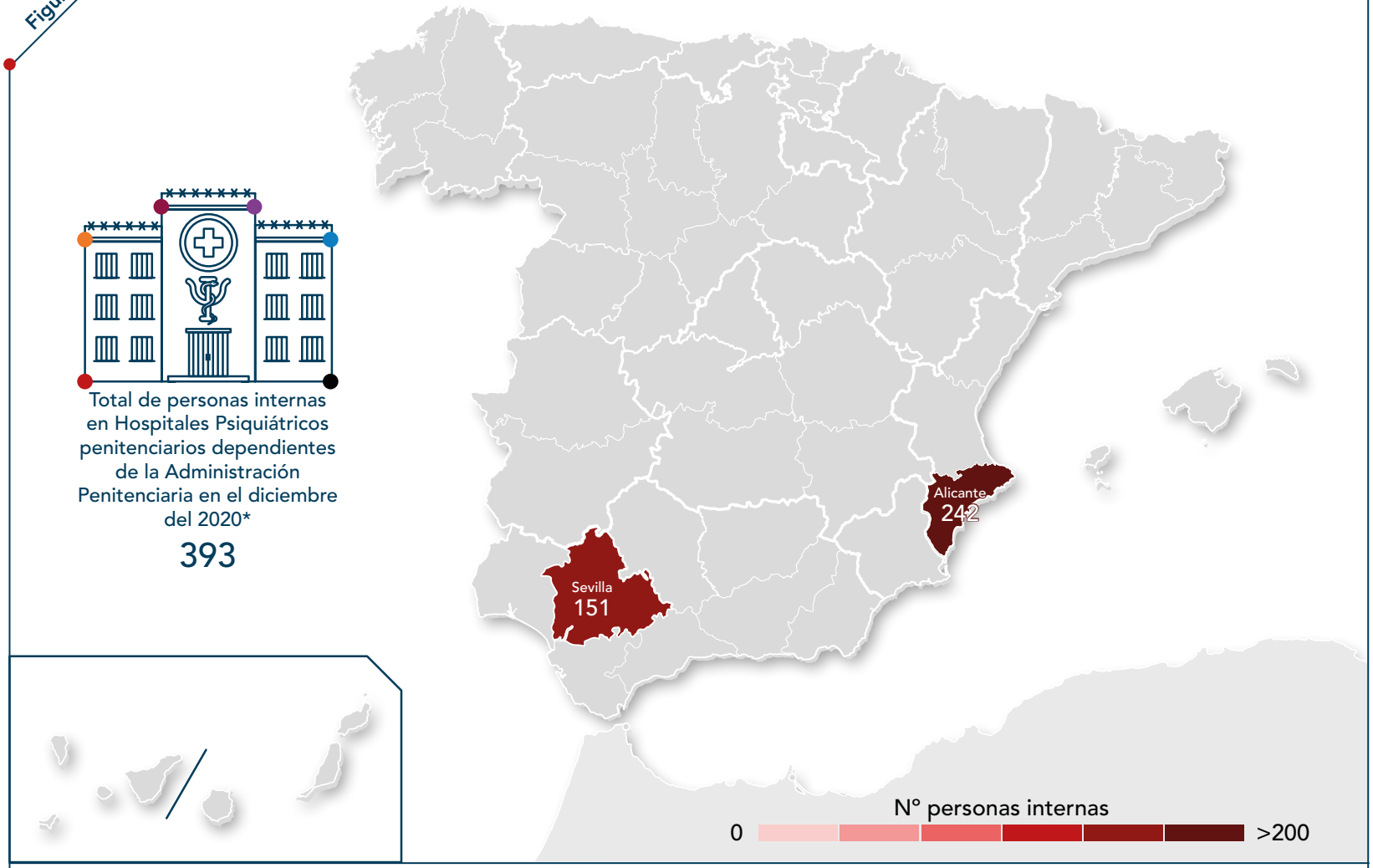
- Momento del ingreso en prisión: atención por facultativo de guardia. Diagnostico presuntivo, destino y tratamiento más adecuado hasta valoración por médico psiquiatra.
- Informe inicial al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria correspondiente.
- Informe del seguimiento, evolución observada del tratamiento, juicio pronóstico, mantenimiento, cese, sustitución del internamiento, programa de rehabilitación, medidas especiales de ayuda, previsión de seguimiento y necesidad de soporte a la salida de prisión.
- Plazo corto de revisión, cada seis meses, por el equipo multidisciplinar, que deberá emitir un informe sobre el estado y la evolución de cada uno de los internos al Ministerio Fiscal correspondiente.
- Limitación de las restricciones a la libertad personal de la persona a aquellas necesarias en función de su estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento.
- Excepcionalidad del empleo de medios coercitivos.
- Inhabilitación de las disposiciones del régimen disciplinario en estos establecimientos o unidades.
- Creación, en soporte escrito, de una programación general de actividades rehabilitadoras, así como de programas individuales de rehabilitación que regule las relaciones con el exterior.
- Finalización de la medida, además del cumplimiento íntegro de la misma, si posible decretar el cese en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto, sustituir una medida de seguridad por otra que se estime más adecuada o dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado obtenido con su aplicación.

Figura 7.2

Número de personas internas en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla* (5)

Total de personas internas en Hospitales Psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Administración Penitenciaria en el diciembre del 2020*

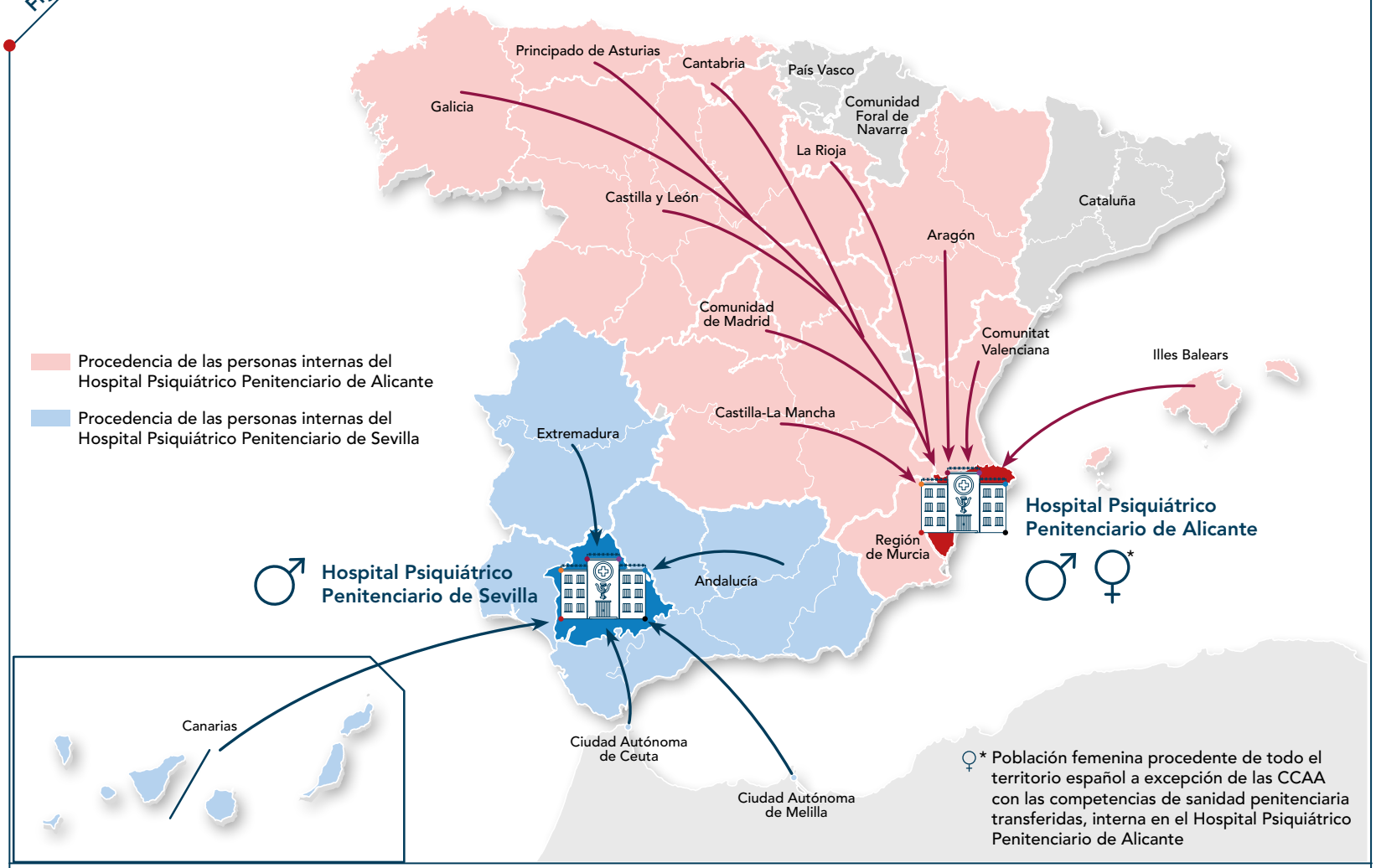
393



*Datos correspondientes a diciembre de 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (5)

Figura 7.3

Procedencia geográfica de las personas con TMG internas en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios (Alicante y Sevilla) dependientes de la Administración Central (7)



TMG: trastorno mental grave

En 2023, solo hay dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, en Alicante y Sevilla. La dispersión geográfica hace imposible que las personas internas trasladadas a estos hospitales desde su lugar de residencia, permanezcan en su entorno familiar para fortalecer su arraigo y favorecer así su tratamiento y rehabilitación.

En estos hospitales se internan personas procedentes de todo el territorio español a excepción de las CCAA que han asumido las competencias de sanidad penitenciaria: Cataluña, País Vasco y desde 2021 la Comunidad Foral de Navarra. La procedencia geográfica de las personas internas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, se muestra en la Figura 7.3 (7):

- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante: **población masculina** procedente de, Aragón, Cantabria, Castilla- La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares, La Rioja, Principado de Asturias y Región de Murcia, y **población femenin**a de todo el territorio español a excepción de las CCAA con las competencias de sanidad penitenciaria transferidas
- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla: **exclusivamente población masculina** procedente de Andalucía, Canarias, Ceuta, Extremadura y Melilla

Así, **persiste la deslocalización de las personas internas con TMG que favorece la cronicidad, el deterioro y el abandono, el aislamiento social y compromete la respuesta adecuada a las intervenciones terapéuticas, la recuperación y el retorno óptimo al medio social.** El arraigo y la preservación del vínculo afectivo en el entorno social y familiar de las personas internas con TMG son fundamentales para consolidar el soporte social, seguimiento, acompañamiento y la rehabilitación para fomentar su autonomía así como promover la incorporación de familiares a programas de ayuda y soporte (8).

Organización

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla son gestionados por la Administración Penitenciaria Central y no por las administraciones sanitarias autonómicas correspondientes debido a que su área de influencia corresponde a CCAA que no tienen transferidas las competencias en sanidad penitenciaria a los correspondientes sistemas sanitarios autonómicos. Así, a diferencia de los hospitales generales que operan en la comunidad, cuyo funcionamiento se vertebra alrededor de los profesionales sanitarios, **la organización de los hospitales psiquiátricos penitenciarios es de carácter penitenciario (no sanitario) y se vertebra alrededor de directivos no sanitarios. Los médicos psiquiatras desempeñan un rol asistencial (y pericial)** coordinados por un facultativo de Atención Primaria del mismo hospital psiquiátrico penitenciario (9).

> *El organigrama no es un organigrama psiquiátrico, es un organigrama penitenciario al que se le une un grupo de profesionales psiquiátricos.* [01:02:28.640]

El carácter penitenciario y no sanitario especialista de los hospitales psiquiátricos españoles penitenciarios supone un riesgo alto de desvirtuar la práctica clínica habitual, escasa coordinación y supervisión médica especifica, y pobre calidad docente.

La ausencia de una estructura organizativa de naturaleza sanitaria en los hospitales psiquiátricos penitenciarios supone:

- **Riesgo alto de interferencia de la administración penitenciaria en la autonomía y la independencia en la toma de decisiones de carácter clínico de los profesionales sanitarios** para ejercer su juicio profesional en la atención y el tratamiento de sus pacientes (10).

> *Pues hay directores y subdirectores que se han atrevido a dar altas (en el departamento de agudos) por cuenta y riesgo de ellos.* [00:50:35]

- **Falta de coordinación y supervisión de la atención psiquiátrica por un médico directivo especialista en psiquiatría**, que permita tomar decisiones fundamentadas en caso de diferencias en el criterio profesional entre especialistas (11).

> *Ante lo que decida un psiquiatra, en un momento determinado, podemos cuestionar muchas cosas, pero creo que lo puede cuestionar un igual, no lo puede cuestionar cualquier persona que esté por debajo de su igual y que no tenga esa formación.* [01:08:14.]

- **Compromiso de la calidad de la docencia en psiquiatría impartida en los hospitales penitenciarios psiquiátricos** debido a que la actividad docente no está impartida ni supervisada por especialistas psiquiatras.

> *En las comisiones de docencia, nuestros docentes que están tutorizando a nuestros residentes de psiquiatría son médicos, probablemente, con especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Me parece amoral que un residente de psiquiatría, que son los que más tenemos, tenga como tutor, a una persona que no es especialista en psiquiatría y además que está con ella o él tres o cuatro veces al mes, si es posible.* [00:58:51]

Recursos estructurales disponibles

En la tabla 7.1, se muestran los principales recursos con los que cuentan los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, respectivamente.

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante es un establecimiento independiente, situado fuera del perímetro del

Tabla 7.1

Principales recursos estructurales de los Hospitales Penitenciarios Psiquiátricos de Alicante y Sevilla (12)

RECURSOS ESTRUCTURALES	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE (AÑO DE CONSTRUCCIÓN: 1983)	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA (AÑO DE CONSTRUCCIÓN: 1990)
Número total de celdas	324	74
Celdas complementarias	51	3
Camas instaladas	432	184
Módulos Residenciales	4	4
Módulo de agudos	1	1*
Módulo de ingreso	1	1
Enfermería	1	1
Campo de Fútbol	1	1

*Módulo 2 compartido para admisión y agudos

complejo penitenciario de Alicante Fontcalent, a siete kilómetros al oeste de la ciudad. En 2020, acogía a 268 pacientes forenses, entre ellos 33 mujeres, para una capacidad de 324 plazas. Constaba de cuatro módulos residenciales en dos plantas, un módulo de agudos, un módulo de ingreso y una enfermería. Cada módulo residencial disponía de su propio patio, instalaciones comunes y talleres. Además, los internos disponían de un "patio de naranjas" adicional y un campo de fútbol (12).

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla está situado dentro del perímetro del complejo penitenciario Sevilla I, en las inmediaciones de Torrepalma, a 17 kilómetros al este de la ciudad. En 2020, albergaba a 157 pacientes forenses varones para una capacidad de 174 plazas. El hospital reproduce la estructura arquitectónica de un centro penitenciario ordinario español con cuatro módulos distribuidos radialmente alrededor de una sala de observación central, salas comunes, patio y talleres. Un campo de fútbol, un patio y un jardín estaban a disposición de todas las personas internas. El módulo 2 servía tanto de módulo de agudos como de admisión (12).

Recursos humanos disponibles

Médicos especialistas en psiquiatría

Según los datos del informe general de Instituciones Penitenciarias del 2020 y 2021, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante contaba con 2 y 3 especialistas psiquiatras, respectivamente, y el de Sevilla con 4 (5,6), a pesar que la plantilla asignada de especialistas psiquiatras era de 7 y 5, respectivamente (12) (Tabla 7.2.).

Las ratios estimadas de especialista psiquiatra por cada 100 personas internas para el año 2020 eran de 0,8 especialistas psiquiatras por cada 100 personas internas en Alicante y de 2,6 en Sevilla (Tabla 7.2.). Esta dotación de personal psiquiátrico, incluso la correspondiente a la plantilla asignada, es significativamente inferior a la de otros países europeos como Alemania, Francia, Italia y Reino Unido con modelos innovadores para el internamiento penal de personas con un TMG y cuya ratio de especialistas psiquiatras por cada 100 personas internas

Tabla 7.2

Especialistas psiquiatras en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla*

	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA
Plantilla asignada (relación de puestos de trabajo RPT)		
Número de especialistas psiquiatras, n	7	5
Ratio esperable de médicos especialistas en psiquiatría por cada 100 personas internas*	2,9	3,3
Disponibilidad real de profesionales especializados en el año 2020		
Número de médicos especialistas en psiquiatría	2	4
Ratio real de médicos especialistas en psiquiatría por cada 100 personas internas*	0,8	2,6

*Ratio calculado con los datos correspondientes a diciembre de 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 (5)

se estima alrededor de 5 (9). En esta línea, el Comité Europeo de Prevención de Torturas tras su visita a los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios en 2020, recomendó tomar medidas urgentes para incrementar el personal en ambos hospitales, en particular, la presencia de especialistas psiquiatras (12).

La dotación de psiquiatras en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (ratio 0,8) y Sevilla (ratio 2,6), respectivamente, es inferior a la ratio de 5 especialistas por cada 100 personas internas estimado en Alemania, Francia, Italia y Reino Unido.

En el momento de la realización del grupo focal (junio 2022), la disponibilidad de especialistas psiquiatras era similar a la del año 2021, contando con 3 y 4 especialistas psiquiatras en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, respectivamente. Los profesionales de ambos hospitales consideraron **insuficiente la dotación de especialistas psiquiatras y describieron la incertidumbre y situación de precariedad** que aparecen cuando, por ejemplo, hay bajas laborales por enfermedad, jubilación o cambio del puesto trabajo, son periodos de vacaciones o los profesionales disfrutan de permisos. Se trata de situaciones en las que los puestos de trabajo quedan habitualmente vacantes, y/o descubiertos.

> *Efecto estampida. Si se va uno, el trabajo de cuatro lo hacen tres, se va otro el trabajo de tres lo hacen dos y si se va otro ya a partir de dos.* [02:06:39.380]

Las siguientes experiencias denotan el estado de situación:

- En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, con frecuencia ha habido sólo un único especialista psiquiatra durante largos periodos de tiempo.

> *Íbamos a dar algún curso y ya en el centro no había nadie. O sea que nunca sabían ni si te iban a dar permiso para ir a un congreso (…) Es una situación insostenible.* [02:15:15.040]

- En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, hubo un único médico psiquiatra que atendía al total de las personas internas durante 3 años.

> ***La plantilla cubierta. ¿La cuestión es cuánto va a durar eso? Porque pasé durante casi tres años la nefasta experiencia de ser el único psiquiatra que había en el centro. Y eso es absolutamente insoportable; estuve acumulando días, ni vacaciones, lo que hiciera falta.*** [02:06:39.380]

La situación de escasez de médicos especialistas en psiquiatría en ambos hospitales psiquiátricos penitenciarios se ve agravada porque, **además de cumplir sus tareas asistenciales, los profesionales deben asumir tareas periciales**, elaborando periódicamente los informes de evaluación psiquiátrica para las autoridades judiciales correspondientes.

> *Me quedé yo sola siete meses, (…) yo sola para todo el hospital. Eso incluye ver pacientes, hacer informes, he llegado a hacer más de 100 informes, o sea, tenerlos acumulados porque no daba abasto.* [02:10:40]

Una de las **razones por la que no hay suficientes especialistas en psiquiatría** interesados en trabajar en los hospitales psiquiátricos penitenciarios es la **desigualdad en las condiciones laborales en el entorno penitenciario frente al entorno comunitario** en detrimento de las primeras.

> *Nosotros no tenemos carrera profesional, ganamos menos. Verdaderamente hay que estar muy "vocacionado" para estar en el centro. Yo tengo plaza en el Sistema Andaluz de Salud, estoy ahí porque quiero.* [02:06:39.380]

> ***No hay carrera profesional. Cualquier psiquiatra fuera gana 1.000€ más que dentro. Entonces eso es una base que, si no se pone, se suaviza, va a ser muy complicado.*** [02:15:15.040]

Además, es necesario optimizar los procesos de selección dotándolos de mecanismos más agiles y atractivos.

> *Hay que buscar mecanismos más ágiles y hacerlo más atractivo, porque hay residentes psiquiatras que están muy "vocacionados" y que vendrían, pero claro, mucho esfuerzo que se le pide y además con la convocatoria de la oposición, se les asusta.* [02:18:57.340]

Labor asistencial y pericial del médico psiquiatra para el mismo paciente con un TMG ¿conflicto de competencias?

En los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, el mismo médico especialista en psiquiatría realiza labores asistenciales y periciales en los mismos pacientes (13), a pesar de que contraviene el Código de Ética y Deontología Médica (9 de Julio de 2011; artículo 62.5) que establece que *"el cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada"*(14).

> *Ves un paciente al que puedes peritar, luego le tratas y luego estás cada seis meses informando al juez si sale o no el paciente.* [02:15:15.040]

Esta doble labor del médico psiquiatra puede comprometer, involuntariamente, la objetividad de los informes periciales y las evaluaciones psiquiátricas periódicas, así como deteriorar la relación médico-paciente que se basa en confianza mutua.

> ***A veces (el paciente) tiene muy poca gana de decirte que está mal porque sabe que a los seis meses tú le vas a decir al juez si puede salir o no puede salir.*** [02:15:15.040]

Por ello, resulta necesario crear equipos periciales que cuenten con médicos psiquiatras para la elaboración de los informes periódicos dirigidos a la autoridad judicial, que estén desvinculados de la labor asistencial (13).

> *Para eso hace falta mucho más personal, para poder trabajar eso de otra manera.* [02:15:15.040]

Profesionales sanitarios no especializados en psiquiatría

En la tabla 7.3, se resume el número de profesionales sanitarios no especializados en psiquiatría disponibles en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, en el año 2020, según el informe general de Instituciones Penitenciarias (5).

Los profesionales sanitarios de ambos hospitales participantes en los grupos focales destacaron **la deficiencia de personal auxiliar de enfermería y celador para desempeñar sus tareas principales.**

> *Los auxiliares tienen que estar compartidos en dos módulos. La medicación en teoría se tiene que dar directamente observada y lógicamente las auxiliares muchas veces pues tampoco dan abasto. Cada módulo son 100 y pico de pacientes. Y la verdad es que es una cosa muy, muy precaria" [02:10:40]. "La plantilla más deficitaria es la de auxiliares y celadores (…) entre bajas y tal…esa plantilla ahora mismo está bastante mermada.* [02:06:39.380] *Celadores, quedan cinco o seis, nada más.* [02:13:52.390]

Aunque las relaciones de puestos de trabajo (RPT) de otros colectivos sanitarios estén cubiertas, los profesionales entrevistados describieron que, con un número limitado de profesionales disponibles, las tareas asistenciales se adaptan a los recursos

Tabla 7.3

Relación de personal sanitario no especializado en psiquiatría en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla en el año 2020 (5)

CATEGORÍA DE PERSONAL SANITARIO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA
Subdirección médica, n	1	1
Personal médico general, n	3	3
Personal farmacéutico, n	1	1
Subdirección de enfermería, n	1	1
Supervisión de enfermería, n	1	1
Personal de enfermería, n	8	9
Dirección de programas, n	2	1
Personal auxiliar de enfermería, n	25	18
Personal psicólogo, n	No reportado	No reportado
Personal terapia ocupacional, n	6	3
Personal técnico de laboratorio, n	1	1
Personal celador, n	22	18

existentes en vez de responder a criterios de buenas prácticas, comprometiendo la calidad de la asistencia.

> ***Enfermeros, pues depende de cómo se quiera plantear para el trabajo que se está haciendo ahora y qué se le pide al enfermero, pues está bien, pero para el trabajo que se debiera hacer… no son suficientes.*** [02:13:52.390] ***Hay una psicóloga, con dos se podrían hacer más cosas.*** [02:06:39.380]

Al bajo número de personal sanitario, se añade la elevada edad media de la plantilla, con una mayoría de profesionales próximos a la edad de jubilación. El recambio generacional lento complica aún más la dotación de personal asistencial suficiente en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

> *Técnicos auxiliares y cuidados de enfermería habrá alrededor de 20 ó 25 con una edad media de 72 años.* [02:13:41.830]

> *La plantilla de auxiliares, celadores, porque además la edad media es 50 y mucho… y 50 y mucho de gente que está quemada entre unas cosas y otras.* [02:06:39.380]

> *En cuanto a médicos de Atención Primaria, pues ahora mismo hay tres, (…), y uno pendiente de jubilación próxima, dos pendientes de jubilación próxima. El año que viene se van todos. Es decir, que no quedaría ninguno.* [02:13:52.390]

Formación profesional específica en la atención de las personas con TMG

La **escasa formación específica para la asistencia y convivencia con personas con un trastorno de su salud mental en el medio hospitalario psiquiátrico penitenciario** redunda en un abordaje, gestión y resolución de los casos poco eficaces y eficientes.

> *No se piden perfiles formativos para la gente que trabaja en el psiquiátrico.* [00:54:27.600]

> *Muchas de las llamadas en las urgencias, es porque un paciente está hablando solo. Si es que es un enfermo mental que está delirando y su estado basal es delirante. ¿Cómo podemos mandar ese paciente al departamento de agudos, en un centro en el que ya está en tratamiento y en un centro cerrado?.* [00:54:27.600]

> *Prácticamente en todos los colectivos- Faltan perfiles* especializados en enfermeros. Faltan perfiles especializados en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. [01:14:54.990]

El personal sanitario no psiquiátrico disponible en los hospitales psiquiátricos penitenciarios es limitado, envejecido y con escasa formación especializada para responder a criterios de buenas prácticas.

La escasa formación específica en el cuidado de las personas con un TMG también existe entre el personal no sanitario que se encarga de las tareas de vigilancia y dirección en los hospitales.

> *La labor de funcionario de vigilancia no puede ser la misma en un psiquiátrico penitenciario que en un centro ordinario de cumplimiento porque hay características, idiosincrasias muy particulares que identifican roles también diferentes.* [01:14:54.990]

> *Los perfiles formativos para nuestros directivos son peores todavía. Quiero decir, no puede dirigir un psiquiátrico, una subdirectora médica o un subdirector médico que no tenga un perfil psiquiátrico.* [00:58:51]

Conclusiones

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla brindan atención sanitaria especializada a las personas con un TMG que han cometido un delito, y que por razón de su TMG son consideradas inimputables o semi-imputables, y por lo que el juez les ha impuesto una medida de seguridad e internamiento, en el caso de los primeros, o una pena y una medida de seguridad en el caso de los segundos, cumpliéndose primero la medida de seguridad. Los datos recopilados en este capítulo denotan la existencia de diversos aspectos que deben mejorarse para la asistencia sanitaria exitosa de estas personas. Así, siendo los únicos recursos específicos disponibles en la Administración Penitenciaria

Central, ambos hospitales reciben personas que provienen de diversas localizaciones geográficas españolas, y por lo tanto, distantes de su lugar de residencia habitual. En consecuencia, se vulnera el derecho de estas personas a permanecer en el propio entorno social y familiar, se debilitan su arraigo y sus lazos afectivos y, en consecuencia, se comprometen los resultados de su tratamiento y rehabilitación.

La propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias estima que el 30% de las personas ingresadas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla no cumplen con los criterios clínicos para que la atención que se les presta en estos recursos les pueda ser útil (7). Estas personas tienen perfiles psicosociales similares a otras personas tratadas en la comunidad que, por tanto se beneficiarían de recursos no penitenciarios, comunitarios aportados por la administración autonómica competente y próximos a su lugar habitual de residencia (7).

Además, la dirección de estos hospitales es de carácter penitenciario. El carácter no asistencial de los puestos de dirección supone, entre otros, un riesgo alto de interferencia en la práctica clínica habitual. El conflicto de competencias que surge cuando el mismo facultativo ejerce labores asistenciales y periciales en el mismo paciente contribuye, a su vez, al deterioro adicional del ejercicio profesional (15). La coordinación y supervisión médica especifica es escasa y la calidad docente psiquiátrica es pobre. Condiciones laborales poco ventajosas, procesos de inserción laboral poco ágiles y falta de incentivos profesionales debilitan a una plantilla que ya es precaria y limitada. Es mandatorio impartir formación específica en la atención sanitaria de las personas con un TMG en el medio hospitalario entre profesionales sanitarios y no sanitarios para optimizar la efectividad y eficiencia de los procesos asistenciales, la gestión de casos y la toma de decisiones en estos hospitales especializados.

De lo expuesto anteriormente, surge la pregunta sobre si son los hospitales psiquiátricos penitenciarios son los establecimientos idóneos para el internamiento penal de personas con trastorno mental. Los hospitales psiquiátricos penitenciarios no son los únicos establecimientos donde una persona inimputable puede cumplir su medida de internamiento para tratamiento médico y, probablemente, tampoco son los más adecuados (9,13). De acuerdo con el código penal, se puede cumplir en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, pudiendo ser éste, un hospital psiquiátrico penitenciario o no penitenciario (3). La decisión sobre la adecuación del establecimiento la toma el juez y suele basarse en el delito cometido por la persona con un trastorno de su salud mental (9). En España, en las CCAA sin competencias sanitarias transferidas, la mayoría de las personas ingresan en un hospital psiquiátrico penitenciario independientemente de sus necesidades o el riesgo que suponga el trastorno mental para la persona o para terceros, debido a la limitada disponibilidad de recursos (13,16)

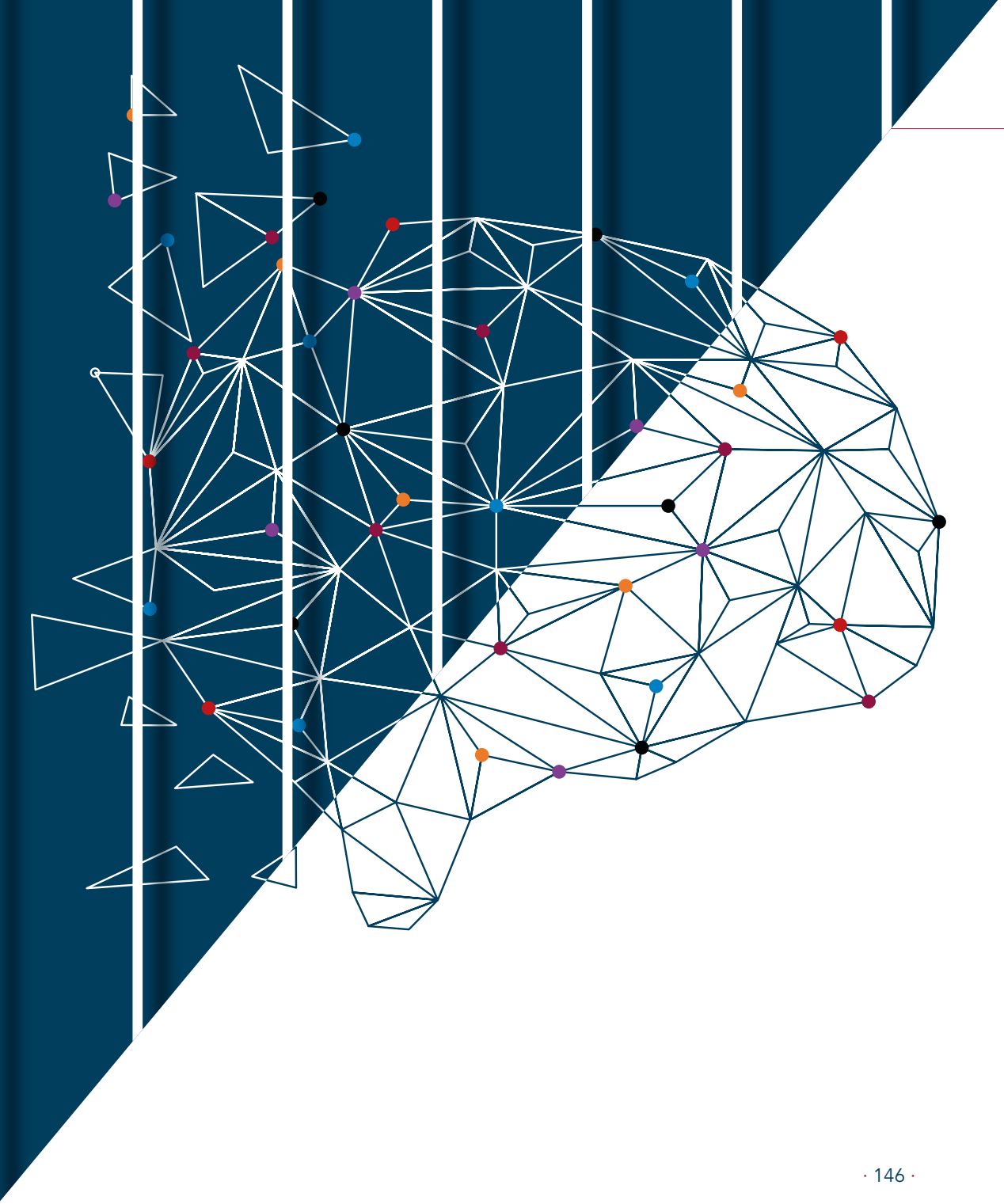
Numerosas entidades nacionales y extranjeras han hecho diversas recomendaciones y sugerencias para responder a estas necesidades. La incorporación de la asistencia psiquiátrica

hospitalaria al sistema autonómico de salud mediante la transferencia de las competencias en sanidad a las CCAA facilitaría el abordaje exitoso de estos problemas, tal y como lo demuestran los modelos asistenciales implementados en Zaballa (Álava, País Vasco) y en Barcelona (Cataluña).

Al mismo tiempo deberían tenerse en consideración algunos modelos europeos para afrontar la asistencia a sujetos inimputables por razón del trastorno mental. Son ilustrativos los casos de Francia e Italia (9,17). En ambos países se han creado instituciones específicas no penitenciarias para atender a estos pacientes con suficientes parámetros de seguridad y adecuada asistencia especializada.

Referencias

1. Gobierno de España - Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-1996-3307 Boletín Oficial del Estado; 1996 p. 1-96. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307
2. Jefatura del Estado - Gobierno de España. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. [Internet]. BOE-A-1979-23708 1979. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con
3. Gobierno de España- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-1995-25444, 281 Boletín Oficial del Estado; nov 24, 1995. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444
4. Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE-A-1996-3307 1996 p. 1-96.
5. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
6. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
7. Dirección General de Coordinación Territorial de Medico Abierto, Coordinación de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción. [Internet]. Ministerio del Interior. 2011 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiatricosadministracionpenitenciaria.pdf
8. FEAFES Andalucía Salud Mental, Jimenez Fernandez A, Torres Platero A. Buenas prácticas en intervención por personas con trastorno mental [Internet]. 2016. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Buenas-practicas-intervencion-salud-mental-Andalucía.pdf
9. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. Norte salud Ment. 2021;XVII(64):25-38.
10. Pont J, Wilfrid Harding T. Organization and management of health care in prison- Guidelines [Internet]. Council of Europe. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69
11. Plataforma para la defensa y mejora de los servicios públicos en salud mental de Alicante. Informe sobre la situacion del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. 2006.
12. Comité Europeo de Prevencion de la Tortura. Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo Para La Prevención De La Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes CPT/Inf (2021) 27 [Internet]. Council of Europe. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://rm.coe.int/1680a47a78
13. Barrios Flores LF. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario . Vol. 57, Revista Criminalidad . scieloco ; 2015. p. 45-60.
14. Consejo General De Colegios Oficiales De Médicos. Código de ética y deontológico [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2011 [citado 25 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf
15. Barrios Flores L. La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal. En: Jimeno Bulnes M, Pérez Gil J, editores. Nuevos horizontes del derecho procesal: libro-homenaje al Prof Ernesto Pedraz Penalva. Barcelona: Bosch; 2016. p. 493-518.
16. Pérez-Martinez E, Hernández Monsalve M. Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2022;42(141):251-67.
17. Barrios Flores LF. Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34:76-80.



CAPÍTULO

8

¿CÓMO ES LA PERSONA JUDICIALIZADA CON NECESIDADES ALTAS DE CUIDADOS DE SU SALUD MENTAL QUE INGRESAN EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DE ALICANTE Y SEVILLA?

Al igual que el anterior, este capítulo describe la perspectiva de los profesionales sanitarios que trabajan en los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, dependientes de la Administración Penitenciaria Central y que participaron en un grupo focal formado por 6 profesionales sanitarios (3 médicos psiquiatras, 2 farmacéuticas y 1 enfermero) de ambos hospitales y 1 jurista. La entrevista grupal tuvo lugar el 20 de junio de 2022, con una duración de 2 horas y 33 minutos.

¿Cuál es la causa del ingreso en el hospital psiquiátrico penitenciario?

Todas las personas que ingresan en los hospitales psiquiátricos penitenciarios comparten el elemento común de haber cometido delito, muchas veces grave. En un porcentaje alto de las personas internas, se trata de la primera manifestación del trastorno mental.

> ***Todos nuestros pacientes han cometido un delito. Eso sería el diagnóstico, el hecho diferencial.*** [00:10:19.690]

> *Los pacientes que ingresan generalmente en el hospital psiquiátrico penitenciario, en muchos casos es el primer debut de la patología, el delito, que generalmente puede ser un delito de sangre.* [00:26:14.000]

En un porcentaje menor, se trata de reingresos de personas con patología psiquiátrica que han reincidido en delitos menores por no tener un seguimiento adecuado en la comunidad. Un tercer escenario, es un ingreso por un TMG sobrevenido en una persona que cumple condena en un centro penitenciario ordinario. Por último, hay ingresos preventivos por razones periciales cuando hay indicios de trastorno mental.

A diferencia de otros países europeos que han implementado sistemas de psiquiatría forense con establecimientos con diferentes medidas de seguridad para el internamiento de personas con TMG en función del riesgo (alto, medio, bajo) que puedan suponer para sí mismos, para terceros o de terceros (1), **en los hospitales psiquiátricos penitenciarios españoles, ingresan personas con los tres perfiles de riesgo, en las mismas unidades disponibles.**

> *Prácticamente somos un centro en el que se mezcla el bajo riesgo, el riesgo medio y el alto riesgo. Por eso es el tema de a veces tener que estar más en agudos y es porque estamos manejando tres tipos de pacientes que serían susceptibles de unidades muy diferentes.* [02:15:15.040]

El internamiento en los hospitales penitenciarios psiquiátricos tiene el propósito del tratamiento y estabilización del trastorno y del cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad. Esta combinación de intenciones conlleva que **la persona permanezca en los hospitales psiquiátricos más tiempo del necesario, cuando los objetivos terapéuticos ya se han cumplido y cuando otro tipo de recursos de alojamiento serían más adecuados.**

> *Los psiquiátricos penitenciarios somos la constatación evidente de que el sistema falla. No deberíamos existir, si nos creemos el modelo enfermedad. Un paciente que comete un delito porque no es él, en realidad el que está*

delinquiendo, es la esquizofrenia. Si la esquizofrenia se estabiliza, no tiene, no reúne criterios para seguir internado (…) Tenemos pacientes muchos años internados por la parte punitiva exclusivamente, porque está estabilizado desde el año 1 y le quedan 20 de internamiento. [01:03:54.230] ”

En este sentido, el Comité Europeo de Prevención de Torturas destaca la necesidad de cambiar el régimen penitenciario de los hospitales para prestar la atención psiquiátrica adecuada, con un enfoque individualizado del tratamiento teniendo en cuenta las necesidades clínicas y psicosociales de la persona así como la evaluación continuada de sus riesgos (2).

¿Cuáles son las características de una persona con TMG que ingresa en el hospital psiquiátrico penitenciario?

La característica diferencial más importante de una **persona con un TMG que ingresa en un hospital psiquiátrico penitenciario** con respecto a otra que permanece en libertad en la comunidad es la probabilidad más alta de sufrir un **cambio episódico de conducta cuya consecuencia es la consecución de un delito grave**, como un asesinato, que puede implicar una condena a cumplir 20 años de medidas de seguridad privativas de libertad. Sin embargo, esa persona **puede tener considerablemente menor riesgo de presentar otros trastornos de conducta que otras personas con un TMG que permanecen en la comunidad.**

La persona que ingresa en un hospital psiquiátrico penitenciario ha cometido un delito, muchas veces grave, como consecuencia de una alteración de su conducta por su trastorno mental.
Es frecuente que coexistan varias patologías psiquiátricas, incluyendo trastornos psicóticos, de personalidad y trastorno por abuso de sustancias.
Generalmente es una persona con educación sanitaria limitada y escasos recursos económicos.

Otro hecho diferencial es **la prevalencia más alta de patología dual** que conlleva trastornos de conducta más frecuentes, **más recaídas, más predisposición al abandono de los tratamientos** y, en consecuencia, **más reincidencia delictiva** con antecedentes penales más numerosos. Se suelen alterar las formas farmacéuticas para su utilización fuera de indicación.

“ *Pacientes que la quetiapina, por ejemplo, la machacan para sentir el efecto estimulante (…) piden salbutamol para sentir también el efecto estimulante a nivel cardíaco y a otros niveles.* [00:21:49] ”

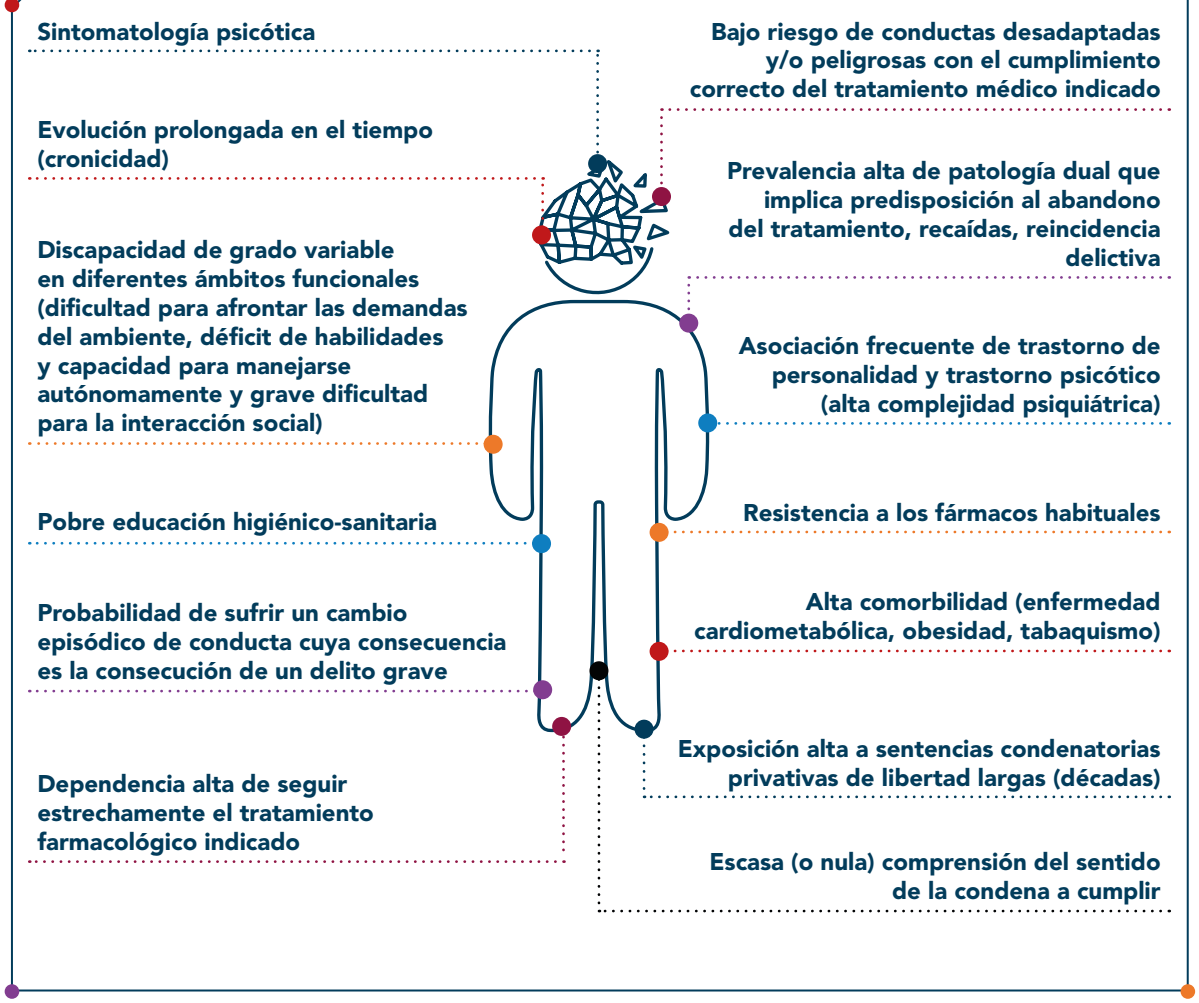
Asimismo, entre las personas con un TMG que ingresan en un hospital psiquiátrico penitenciario es más alta la **prevalencia del trastorno límite de personalidad y el trastorno psicótico** que entre las personas con un TMG que permanecen en libertad en la comunidad.

Por otro lado, debido a que no tienen recursos económicos suficientes, la mayoría de las personas con un TMG que ingresa en un hospital psiquiátrico penitenciario han sido **representadas por abogados de oficio en juicios rápidos que conlleva una probabilidad alta de ingresar en prisión.**

> *La esquizofrenia no diferencia entre pobres y ricos y la misma probabilidad tiene una persona con un trastorno mental grave y recurso económico de cometer un delito (…) pero la probabilidad que tiene una persona sin recursos y mal defendida de terminar en un psiquiátrico penitenciario es altísima con respecto a una persona con recursos para defenderse.* [00:06:56.430]

Así, en general, se trata de personas con **enfermedad psiquiátrica grave, crónica, de larga duración**, que han cometido **delitos graves** por los que están cumpliendo una **medida de seguridad privativa de libertad, de larga duración, pero sin comprender el sentido de su pena** (Figura 8.1).

Figura 8.1 Resumen del perfil más habitual de las personas internas en un hospital psiquiátrico penitenciario



> *Un paciente que vaya al psiquiátrico penitenciario es porque tiene, digamos, anuladas sus facultades cognitiva y volitiva, con lo cual es una medida de seguridad.* [00:26:14.]

El **hospital psiquiátrico como centro de internamiento no es, probablemente, el recurso más idóneo para albergar a estas personas**, aunque **no existen actualmente recursos alternativos** (3).

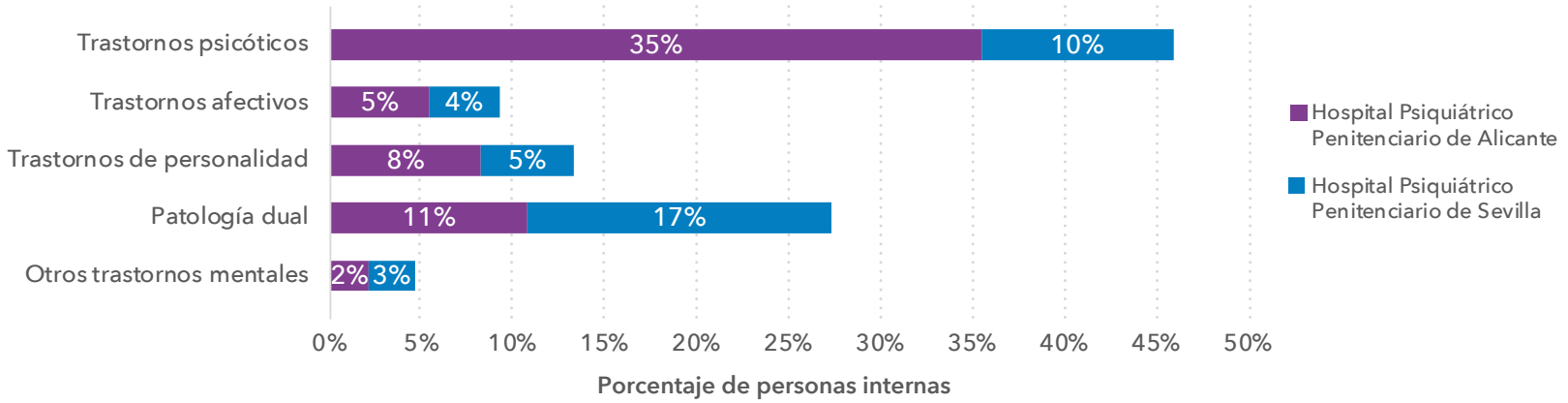
> ***Un paciente que comete un delito porque no es él, en realidad el que está delinquiendo; es la esquizofrenia. Si la esquizofrenia se estabiliza, no tiene, no reúne criterios para seguir internado.*** [01:01:42]

> *La gente se muere en prisión porque no hay recursos para destinarles. Un paciente con 93 años allí que viene de matar a un compañero de habitación porque tiene un Alzheimer súper avanzado. ¿Dígame qué papel hace en una prisión? No tiene ningún sentido.* [00:28:59]

Los diagnósticos psiquiátricos de las personas internas en ambos hospitales psiquiátricos penitenciarios son similares. No obstante, cuando se considera al 100% de la población penitenciaria ingresada en ambos hospitales, los trastornos psicóticos son claramente más frecuentes en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante comparado con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Figura 8.2) (4).

Figura 8.2

Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en las personas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla con respecto al total de personas internas en ambos hospitales en el año 2020, en porcentajes* (4)



*Datos correspondientes a diciembre de 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias. (4)

Además de su trastorno mental, estas personas suelen presentar **alta comorbilidad**, en parte, por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico de la propia enfermedad psiquiátrica, y en parte, por la tendencia al consumo alto de tabaco, al sedentarismo y a la obesidad que impone la vida en el medio penitenciario. En consecuencia, es frecuente la presencia de patología cardio-metabólica asociada al trastorno mental.

Estas personas suelen tener una **educación sanitaria muy limitada** de tal modo que el primer contacto con los servicios sanitarios se produce comúnmente con la entrada en el medio penitenciario por lo que **la educación higiénico-sanitaria suele ser la intervención terapéutica más inicial.**

En relación con el tratamiento farmacológico, en general, la **adherencia suele ser baja** (» 50%). En algunos casos, son **personas resistentes al tratamiento farmacológico habitual.**

> *Son pacientes muy refractarios a la medicación, que tienen unas dosis bastante más altas comparado con la que tienen la media de la población extra penitenciaria.* [00:10:33.790]

Riesgo de suicidio entre las personas con un TMG ingresadas en un hospital psiquiátrico penitenciario

En los hospitales psiquiátricos penitenciarios, **la identificación y tratamiento de personas con un alto riesgo de cometer suicidio se considera una labor prioritaria.**

> ***Hemos tenido a pacientes con gravísimo riesgo de suicidio, que hemos podido identificar, que hemos podido tratar y que hemos podido evitar. Y es casi, casi una labor prioritaria.*** [01:53:46.880]

En ambos hospitales, existe un programa propio para la valoración y el control del riesgo de suicidio. Se ha visto que **la tasa de suicidio entre las personas internas en un hospital psiquiátrico penitenciario y las personas internas en un centro penitenciario es similar** (5).

A diferencia de los programas de prevención de suicidio de los centros penitenciarios ordinarios que suelen contar con la colaboración de una persona interna que acompaña a la persona en riesgo de suicidio en módulos comunes, en los hospitales psiquiátricos penitenciarios las habitaciones son individuales por cuestiones de seguridad. Por ello, **la vigilancia y seguimiento de una persona con alto riesgo de suicidio se lleva a cabo en el departamento de agudos donde hay un control profesional más estricto.** Además, la persona en riesgo participa en un **programa intensivo de actividades especialmente diseñadas**, en función de sus necesidades y capacidades.

De acuerdo con estimaciones de los participantes en el grupo focal, en el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, ocurre 1 suicidio cada 9 meses mientras que en el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante, se estima en 1 cada 12 meses, aproximadamente.

> *En cuatro años y me parece que se ha suicidado dos o tres no más, tenemos de suicidio una tasa, yo creo que bastante baja.* [02:01:59]

Uno de los elementos claves para el éxito de la prevención es establecer una relación médico-paciente basada en la confianza.

> *Si uno hace medicina defensiva y le pone medida de vigilancia absolutamente súper extremas y restrictivas, te aseguras de que mientras tenga esas medidas el paciente no se suicida porque tiene una cámara y no puede salir de una habitación. Pero (…) cuando salga, el paciente ha perdido la confianza en ti. Si alguna vez se va a querer suicidar lo último que va a hacer va a ser contártelo.* [01:53:46.880]

Continuidad de los cuidados de la salud mental en la comunidad tras el alta hospitalaria

Las personas internas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios vuelven a la comunidad por orden judicial, tras haber cumplido su medida de seguridad de internamiento, o porque ésta ha sido reemplazada por una medida no privativa de libertad que va acompañada de tratamiento ambulatorio en la comunidad por recomendación médica. Esta decisión que debería ser tomada por un equipo multidisciplinar, de carácter social y sanitario además de judicial, recae generalmente en un solo facultativo que asume la responsabilidad (6). Sin embargo, al igual que lo descrito para las personas internas en centros penitenciarios ordinarios que salen en libertad, **la red comunitaria de atención a la salud mental ofrece una asistencia muy limitada, con un número insuficiente de unidades e infradotadas de recursos para las personas externalizadas desde los hospitales psiquiátricos penitenciarios.** Más allá del personal médico, no siempre dispone de otros profesionales sanitarios especializados en salud mental, que colaboren de una manera coordinada para garantizar una atención más eficaz de este colectivo con necesidades altas de cuidados continuados de su salud mental. Durante el primer mes tras el alta de una hospitalización psiquiátrica el riesgo de autolesiones y suicidio es especialmente alto (7).

Como ejemplo del tipo de iniciativas que pueden implementarse, se han identificado en la literatura, los servicios comunitarios de salud mental que brinda un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Murcia área VII en su relación directa con la Administración de Justicia y para facilitar el cumplimiento de medidas de seguridad en la comunidad (8). En un ETAC se trata de forma proactiva a personas con TMG desvinculadas de los Centros de Salud Mental y con elevada problemática psicosocial asociada. El ETAC se encarga del seguimiento de medidas propuestas por el juzgado así como de la mediación en su interposición, proponiendo medidas alternativas a penas de prisión, sugiriendo medidas de seguridad adecuadas a las necesidades y capacidades de la persona y participando como testigo - perito en los juicios de las personas judicializadas. Además, realiza intervenciones dentro del centro penitenciario con la Junta de Tratamiento para proponer tratamientos y solicitudes de entrada a una comunidad terapéutica (8).

En los Centros de Salud Mental de Murcia área VII, las medidas de seguridad ambulatorias son de aplicación ocasional y se dan principalmente entre personas ya conocidas y cuando la vía judicial es el primer contacto con el sistema sanitario de la persona judicializada (8). En general, este **abordaje precisa de intervenciones multidisciplinares, principalmente con trabajo social y enfermería de salud mental debido a la alta complejidad psicosocial de este colectivo**. La coordinación con los programas de acompañamiento para personas con TMG de organizaciones del Tercer Sector y con las unidades de rehabilitación del área también resulta de extrema utilidad. La situación de exclusión social, con ausencia de soporte habitacional y recursos mínimos para vivir con dignidad es el factor de riesgo más importante y determinante de la evolución clínica de la persona judicializada con un TMG en la comunidad (8). Se trata, no obstante, de experiencias aisladas cuyo alcance es local en el contexto de España.

La ausencia de un seguimiento adecuado de las necesidades en salud mental de estas personas se traduce en **reincidencias**, que pueden ser **de carácter progresivamente más grave.**

> *El problema es que cuando salen a la calle o bien excarcelados o bien el tratamiento ambulatorio, luego parece ser que no sé, los recursos comunitarios pues son insuficientes, no se sigue un control adecuado porque hay un gran número de reincidencias más graves*. [00:26:14.].

Si se compara la atención de las personas con un TMG con otras áreas clínicas, como la atención a pacientes oncológicos, estos reciben asistencia domiciliaria y tienen asignado un personal de enfermería que actúa como gestor de caso, o bien un **médico o enfermero coordinador de la asistencia.** Sin embargo, estos servicios asistenciales de los que se beneficiarían los pacientes con un trastorno mental crónico y grave **no están implementados en las unidades de salud mental comunitaria.**

> ***Una cita con un psiquiatra de una unidad de salud mental comunitaria puede tardar meses.*** [00:30:14.740]

Asimismo, **la red de salud mental comunitaria debería integrarse en un modelo de atención sociosanitaria centrado en la persona** que garantice una atención adecuada e integral de las distintas necesidades en salud mental individuales.

> *Actualmente tenemos en la Comunidad Valenciana y en la mayor parte de las comunidades a los pacientes con patología dual. Su trastorno por uso de sustancias se está tratando en una Unidad de Conductas adictivas (UCA). Los trastornos psicóticos se están tratando en consultas psiquiátricas. El dolor que probablemente pueda tener un paciente se está tratando en atención primaria, la depresión psicótica con un médico de atención primaria. Entonces, sí es difícil para nosotros incluirnos. O sea, ir a cuatro consultas diferentes con una misma patología, con distintas variantes. Yo creo que para nuestros pacientes es todavía más difícil. Yo creo que es lo que adolece la salud mental hoy en día es de una integración y una continuidad asistencial.* [00:28:59].

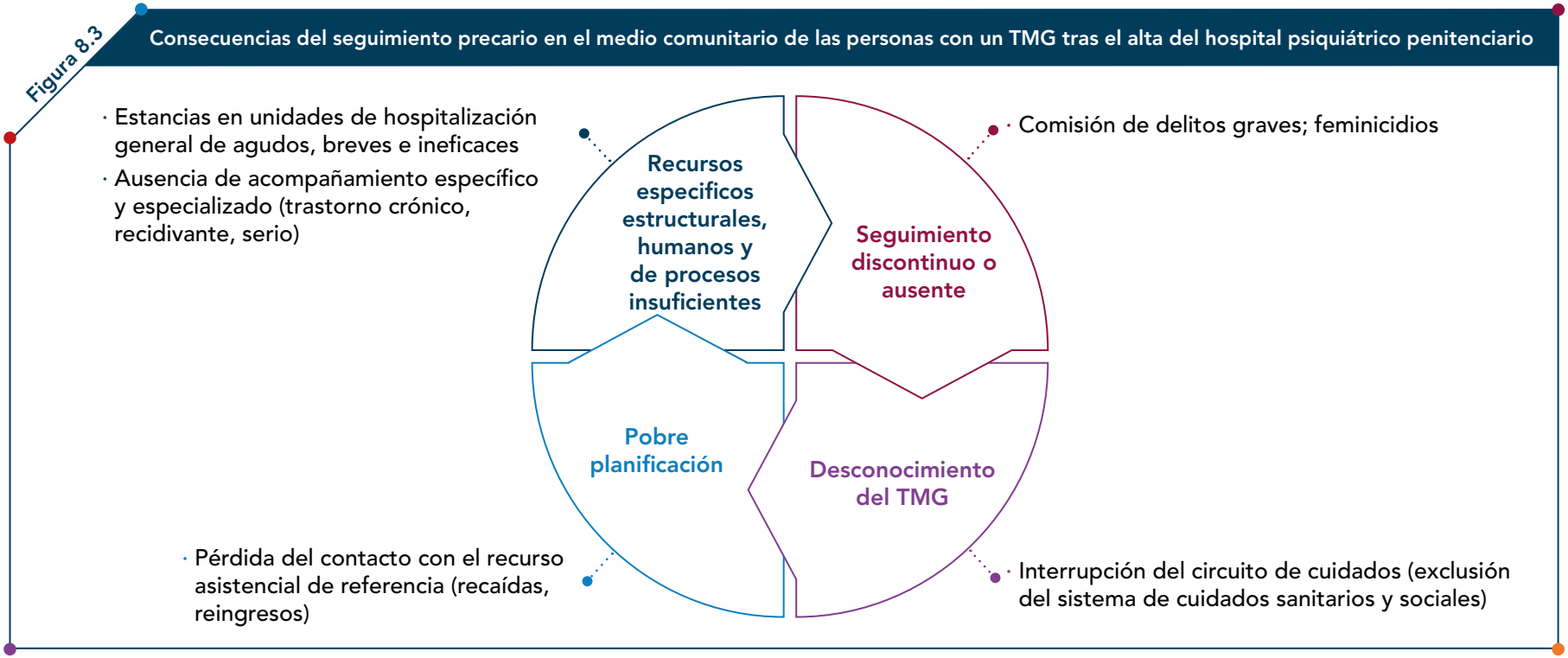
Consecuencias de la discontinuidad de los cuidados de la salud mental en la comunidad tras el alta hospitalaria

En la figura 8.3, se muestran las consecuencias de la **escasez de recursos, el seguimiento discontinuo, el desconocimiento de las características propias de un TMG por los profesionales sanitarios y sociales operando en la comunidad.** También se muestra la **ausencia de recursos intermedios** que permitan **estancias en entornos de cuidados por el tiempo necesario hasta la estabilización y adecuado control de los síntomas en el medio comunitario** de la persona judicializada con un TMG tras el alta del hospital psiquiátrico penitenciario.

Al igual que la salida en libertad desde un centro penitenciario ordinario, **la falta de recursos sociales y sanitarios, estructurales, humanos y de procesos en el medio comunitario tienen como consecuencia más directa la comisión de nuevos delitos y el**

Figura 8.3

Consecuencias del seguimiento precario en el medio comunitario de las personas con un TMG tras el alta del hospital psiquiátrico penitenciario



reingreso en prisión de la persona con un TMG tras el alta del hospital psiquiátrico penitenciario.

> *El sistema tiene muchísima insuficiencia. Y muchos pacientes están en los psiquiátricos penitenciarios como consecuencia de esa insuficiencia y es por falta de voluntad de los servicios de salud mental comunitarios, el hecho de que muchos pacientes podrían estar en esos recursos que tienen si le dieran plaza.* [00:36:16.430]

Entre las personas que ingresan en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, es posible constatar que un porcentaje muy alto de individuos ha perdido el contacto con su recurso comunitario de referencia y que no constan actuaciones para recuperar a esa persona para el sistema de cuidados sanitarios. **Algunas personas con un TMG no ingresan en unidades de hospitalización por su incapacidad para cumplir las normas establecidas debido al propio trastorno de conducta que padecen, quedando nuevamente excluidas del sistema de cuidados sociosanitarios.**

Por otro lado, **es frecuente que las personas con un TMG cometan delitos graves tras estancias breves**, de no más de 15 días, **y repetidas en unidades de hospitalización.** Al tratarse de unidades de agudos, las unidades de hospitalización psiquiátrica deben cumplir estándares de calidad asistencial que obligan a la externalización o derivación a otro recurso asistencial de la persona tras un tiempo corto, que es insuficiente para conseguir la estabilización correcta de las personas con un TMG.

> *Muchos delitos graves por los cuales los pacientes ingresan se deben (silencio largo) a estancias hospitalaria en las unidades de hospitalización demasiado breves; 15 días no es suficiente para muchos pacientes, es claramente insuficiente.* [00:28:59]

Son frecuentes los feminicidios porque la mayoría de las víctimas mortales de las personas psicóticas son sus cuidadores, que comúnmente son sus madres.

> *Pues esos feminicidios son evitables si el paciente ingresa los días suficientes, ingresa en el recurso donde tiene plaza (que normalmente no la tiene) durante el tiempo suficiente, a tiempo no nueve meses después de que surja el problema.* [00:28:59]

No existen recursos sociales ni sanitarios, estructurales, humanos o de procesos en el medio comunitario suficientes para garantizar la atención sociosanitaria, sostenida en el tiempo, a personas con TMG, lo que supone reincidencias delictivas y reingresos en prisión.

Es necesario un recurso asistencial intermedio, en el medio comunitario, en el que la persona con un TMG con sus síntomas descontrolados pueda permanecer el tiempo suficiente para conseguir la estabilización y control adecuado hasta que sea posible su traslado a un centro de larga estancia o a su domicilio

con el correspondiente seguimiento ambulatorio, especifico y especializado, tanto en el centro de salud de referencia como en el domicilio. Este tipo de modelo asistencial es indispensable porque **el trastorno mental grave es crónica y recidivante, requiere de recursos específicos y no es subsidiaria de tratamiento en una unidad de hospitalización habitual.**

> *Por tanto, el recurso intermedio de una cama que pudiera ser ocupada por un tiempo suficiente, no lo tenemos, ni se le espera.* [00:54:10]

Conclusiones

Las personas judicializadas con un TMG que ingresan en un hospital psiquiátrico penitenciario se caracterizan por tener una probabilidad alta de cometer un delito grave como consecuencia de una alteración de su conducta por su trastorno mental que es crónico, recidivante y requiere de seguimiento especifico y especializado continuo. Esta situación se agrava por razones clínicas cuando coexisten varias patologías psiquiátricas, trastorno de personalidad, abuso de sustancias, comorbilidad no psiquiátrica, y/o discapacidad intelectual y funcional que conforman a un paciente complejo, de difícil manejo, habitualmente escasamente respondedor a esquemas habituales de tratamiento farmacológico.

El abordaje multidisciplinar sanitario, social y judicial es indispensable si el propósito es mejorar el estado de la salud mental de estas personas. A la complejidad clínica, se suma la precariedad del entorno social, económico y familiar en el que frecuentemente viven estas personas que las expone a recaídas, reincidencias, juicios rápidos, pobremente defendidos y largas condenas con medidas de seguridad privativas de libertad en un entorno como el hospital psiquiátrico penitenciario que no es el recurso más idóneo para su tratamiento y recuperación. Sin embargo, no existen, de momento, otros recursos alternativos en España.

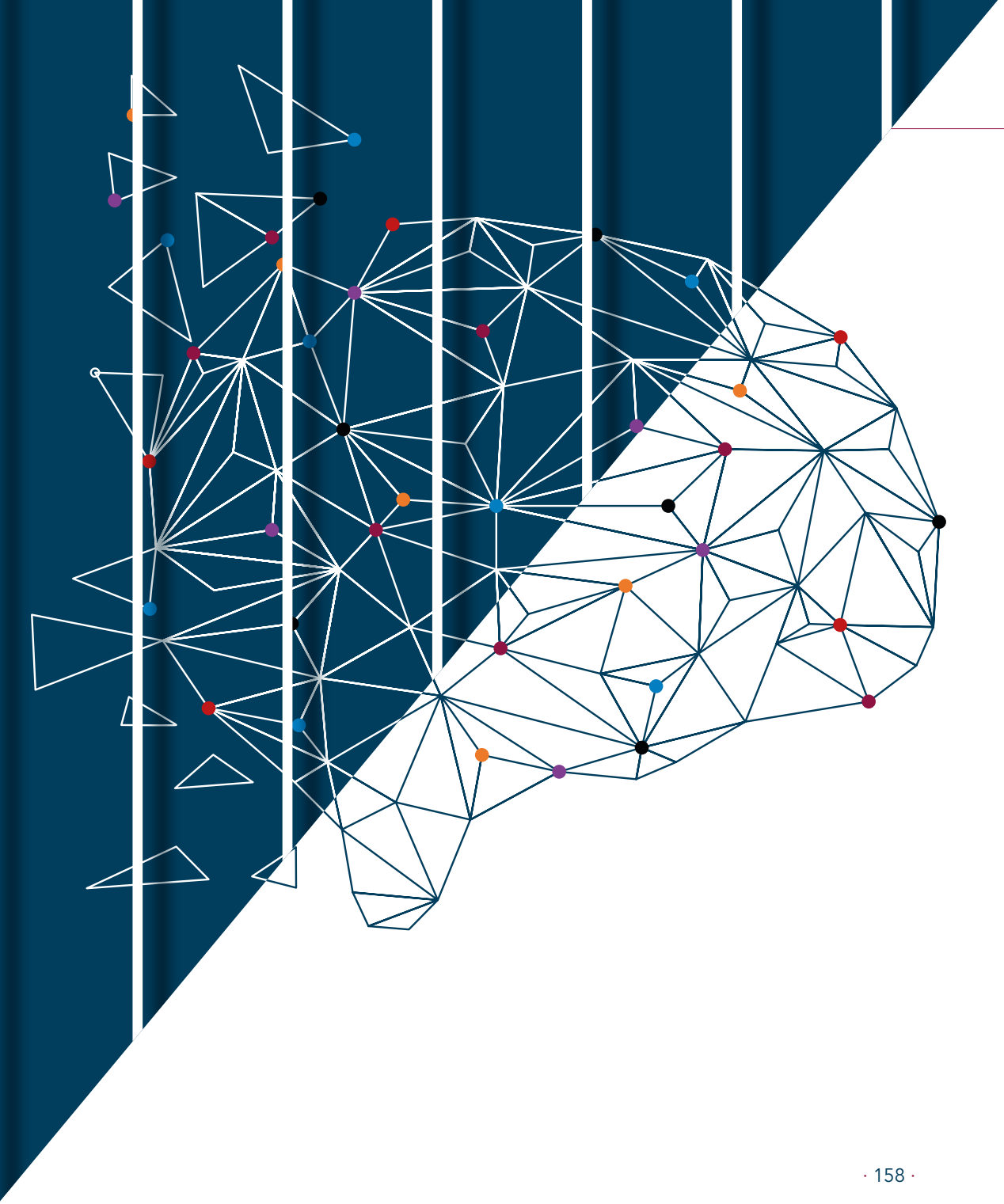
Alternativamente, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla deberían adoptar un carácter más asistencial en su estructura organizativa con el fin de asemejarse a instituciones hospitalarias no penitenciarias (9,10). Para ello, numerosos organizaciones internacionales incluyendo la OMS y la *World Psychiatric Association* y el Comité Europeo de Prevención de Tortura, y nacionales como el Defensor del Pueblo destacan la importancia de que las responsabilidades y servicios en materia de sanidad penitenciaria estén asumidas por los organismos sanitarios correspondientes, que en el caso de España, son los sistemas de salud autonómicos (2,10–15).

La situación es aún más compleja cuando la persona judicializada con un TMG es dada de alta del hospital psiquiátrico penitenciario y sus cuidados deben continuar en el entorno comunitario. A lo descrito en capítulos anteriores para la persona judicializada que es puesta en libertad desde un centro penitenciario ordinario, se suma la gravedad del trastorno mental y la ausencia de recursos específicos y especializados para atender a sus necesidades de manera sostenida en el tiempo.

Es necesario invertir en recursos estructurales, humanos y de procesos para brindar continuidad asistencial a este colectivo concreto de personas judicializadas con un TMG con el fin de mejorar su estado de salud mental y general así como la seguridad y el bienestar de la sociedad.

Referencias

1. Royal College of Psychiatrists. Standards for Prison Mental Health Services - Fifth edition [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/prison-quality-network-prison/prison-qn-standards/qnpmhs-standards-for-prison-mental-health-services-publication-5th-edition.pdf?sfvrsn=c18ba674_2
2. Comité Europeo de Prevencion de la Tortura. Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo Para La Prevención De La Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes CPT/Inf (2021) 27 [Internet]. Council of Europe. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://rm.coe.int/1680a47a78
3. Hava García E. Trastorno mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). Estud Penal y Criminológicos. 22 de abril de 2021;41(0):59-135.
4. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
5. Voulgaris A, Kose N, Konrad N, Opitz-Welke A. Prison suicide in comparison to suicide events in forensic psychiatric hospitals in Germany. Front Psychiatry. 2018;9(AUG):1-7.
6. Barrios Flores LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria . Vol. 27, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría . scieloes ; 2007. p. 201-28.
7. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-Analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. BMJ Open. 2019;9(3):3-5.
8. Morán-Sánchez I, Martínez Benítez S. Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2022;42(141):215-26.
9. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. Norte salud Ment [Internet]. 2021 [citado 16 de octubre de 2021];XVII(64):25-38. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7752318
10. Defensor del Pueblo. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Aumento del personal asistencial, a fin de reforzar las posibilidades reales de realizar intervenciones individuales y actividades de rehabilitación- Queja número 13024211 a la Secretaría General de Instituc [Internet]. Defensor del Pueblo. 2014 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/hospital-psiquiatrico-penitenciario-de-sevilla-aumento-del-personal-asistencial-a-fin-de-reforzar-las-posibilidades-reales-de-realizar-intervenciones-individuales-y-actividades-de-rehabilitacion-2/
11. WHO Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region [Internet]. WHO Regional Office for Europe. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf
12. Forrester A, Piper M. The WPA's prison health position statement and curriculum. Vol. 19, World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2020. p. 125.
13. Gabilondo Pujol Á. Visita al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. [Internet]. Defensor del Pueblo. 2022 [citado 22 de septiembre de 2022]. p. 1-10. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/evento-mnp/hospital-psiquiatrico-penitenciario-de-alicante-2/
14. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Propuesta de integración [Internet]. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sesp.es/sesp/R20/portada/inicio
15. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. La SEPL pide transferir la sanidad penitenciaria a las autonomías [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. 2022 [citado 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.psiquiatrialegal.org/la-sepl-pide-transferir-la-sanidad-penitenciaria-a-las-autonomias



CAPÍTULO

9

¿CÓMO ES LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MEDIO PENITENCIARIO? PERSPECTIVA ACTUAL Y DE FUTURO

Entrevista con la Dra. Miriam Celdrán Hernández

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
8 de junio de 2022
[1h 16 minutos]

"Soy farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Trabajo en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y, además, soy responsable del depósito de medicamentos del Centro Penitenciario Alicante I, vinculado al servicio farmacéutico de nuestro hospital". "Pertenezco a la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Dentro de la SEFH, formo parte del Comité Coordinador del Grupo de Trabajo de Farmacia Neuropsiquiátrica, grupo que se constituyó con la pretensión de ser grupo de referencia en la formación continua y el uso racional de psicofármacos en todo paciente que lo requiera, independientemente de la edad, del ámbito asistencial o de la patología de base (psiquiátrica, neurológica o sistémica), estableciendo guías y recomendaciones basadas en la mayor y mejor evidencia disponibles y con objetivos específicos de promover y participar en actividades docentes y formativas, participar y potenciar publicaciones en el campo de la Farmacia Neuropsiquiátrica, incentivar la actividad investigadora y diseño de estudios en nuestro campo, integrar al farmacéutico en los equipos multidisciplinares, formar a los pacientes para promover su empoderamiento y autogestión y establecer relaciones colaborativas con otras sociedades científicas, con asociaciones de pacientes y con otros profesionales sanitarios"

https://gruposdetrabajo.sefh.es/neuropsiquiatria

Atención farmacéutica en el medio penitenciario ¿por qué es importante?

La asistencia farmacéutica para la población penitenciaria está garantizada, al igual que el resto de la asistencia sanitaria, por el Reglamento Penitenciario[1] (Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero) Dicha asistencia debe hacerse efectiva por la Administración Penitenciaria[2] (1).

> ***"Nuestros pacientes o nuestros internos, en el caso de los centros penitenciarios, están privados de libertad, pero no están privados del derecho a la salud ni a la prestación farmacéutica derivada."*** [00:02:34.340]

¿Cómo se estructura la farmacia penitenciaria dependiente de la Administración Penitenciaria?

El Reglamento Penitenciario contempla la existencia de depósitos de medicamentos que cumplan los requerimientos legales para la custodia de los medicamentos por parte de los servicios sanitarios penitenciarios (1). El depósito de medicamentos es una unidad de farmacia que no alcanza la categoría de servicio de farmacia y que se puede establecer en centros hospitalarios, centros sociosanitarios, residenciales de servicios sociales y centros penitenciarios, entre otros (2). Los depósitos deben estar vinculados a un servicio de farmacia de otro centro, preferentemente del mismo sector sanitario si se trata de centros públicos, lo que implica que el suministro de medicamentos al depósito de medicamentos solamente puede

[1] Artículo 208.1 del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero): *"A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención".* [2] Artículo 209.3 del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero), *"La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España"*

realizarse a través del servicio de farmacia correspondiente que está autorizado para la custodia, conservación y dispensación de medicamentos. Además, el funcionamiento de los depósitos de medicamentos exige la presencia de un farmacéutico que será corresponsable con el farmacéutico del servicio de farmacia al que esté vinculado (2).

En la década de los 90, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias elaboró un plan estratégico para el establecimiento de una red de servicios de farmacia y depósitos de medicamentos vinculados a ellos en el medio penitenciario siguiendo los requerimientos legales. Inicialmente se legalizaron los servicios de farmacia de los hospitales existentes en ese momento: Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla y Hospital General Penitenciario (cerrado desde 1997). Estos servicios se convertirían en los servicios de farmacia de referencia a los que se vincularían los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios (2).

Para el establecimiento de los depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios, la normativa legal existente en ese momento fue la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento[3] que reconoce su existencia, pero no desarrolla de forma reglamentaria el funcionamiento del mismo, sino que depende de la autoridad competente para cada centro.

Las diferencias en la interpretación de la Ley del Medicamento por parte de las CCAA con sus respectivas leyes de Ordenación Farmacéutica dificultaron la legalización de los depósitos de medicamentos en el ámbito penitenciario al no poder seguirse un procedimiento común y específico (2). Adicionalmente, las CCAA consideraron insuficiente la existencia de solo tres servicios de farmacia para la supervisión y control adecuado de los depósitos de medicamentos de todos los centros penitenciarios. Por ello, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias propuso la creación de 17 servicios de farmacia adicionales (ya existían tres servicios de farmacia hospitalaria legalizados en los hospitales psiquiátricos de Alicante y Sevilla y en el complejo penitenciario de Valencia Picassent) de tal forma que hubiese, al menos, un servicio de farmacia en todas las CCAA del que dependerían los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios de su área (2). Aragón, Islas Baleares y La Rioja desarrollaron sus leyes de Ordenación Farmacéutica para la regulación de los depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios como establecimientos obligatorios y siendo posible establecer un servicio de farmacia cuando se determine regulatoriamente (2). Sin embargo, otras CCAA, cuyas leyes de Ordenación Farmacéutica recogía el mismo precepto legal recogido en la Ley del Medicamento, no autorizaron esta propuesta por no figurar ni estar contemplados los servicios de farmacia penitenciarios como tal en ninguna ley.

Ante esta situación de falta de desarrollo reglamentario de las Leyes de Ordenación Farmacéutica, se plantearon alternativas a las CCAA que permitiesen la legalización de los servicios de farmacia penitenciaria y consecuentemente de los depósitos de medicamentos (2). Sin embargo, estas iniciativas no han prosperado en todas las CCAA por lo que aún un número importante de centros

[1] Disposición adicional quinta de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento *"Se podrá solicitar de la autoridad competente la creación de Depósitos de Medicamentos en los centros o establecimientos penitenciarios si las necesidades asistenciales lo requieren y se sujetarán a las condiciones y requisitos que se reglamentarán."*

penitenciarios carecen de un servicio de farmacia o depósito de medicamentos que cumpla los requerimientos legales.

> *Salvo algunos cambios desgraciadamente muy pequeños, (…) las cosas van despacio en cuestión de legalización de servicios de farmacia y contrataciones.* [00:05:28.680]

Cabe destacar que la mayoría de CCAA que incluyen servicios de farmacia penitenciaria en sus leyes de Ordenación Farmacéutica, determinan que dichos servicios deben estar bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria (2). No obstante, esta circunstancia no se da en todos los servicios de farmacia legalizados.

> *A veces se han legalizado servicios de farmacia con farmacéuticos que no han sido especialistas, pero bueno, sí las inspecciones de las de las provincias donde radica ese servicio de farmacia, si lo han considerado, pues tendría la misma validez legal.* [00:07:26.180]

¿Cuál es la situación de la farmacia penitenciaria en el año 2020?

Según los datos del informe general de Instituciones Penitenciarias del 2020, los centros penitenciarios españoles en CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas cuentan con un total de 37 servicios de farmacia, entre los que se encuentran los servicios de farmacia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y Sevilla y de 31 depósitos de medicamentos (3). Estos últimos dependen en su mayoría de un servicio de farmacia localizado en la misma CCAA (Figura 9.1).

En el 2020, de los 37 servicios de farmacia penitenciarios, 25 estaban legalizados y de los 31 depósitos de medicamentos, 17 estaban legalizados (3). En 2021, había 28 servicios de farmacia legalizados, de los cuales 15 estaban gestionados por un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria (4).

En los centros penitenciarios españoles, más de un tercio de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos no cumplen los requerimientos legales, y aquellos legalizados no siempre están gestionados por un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.

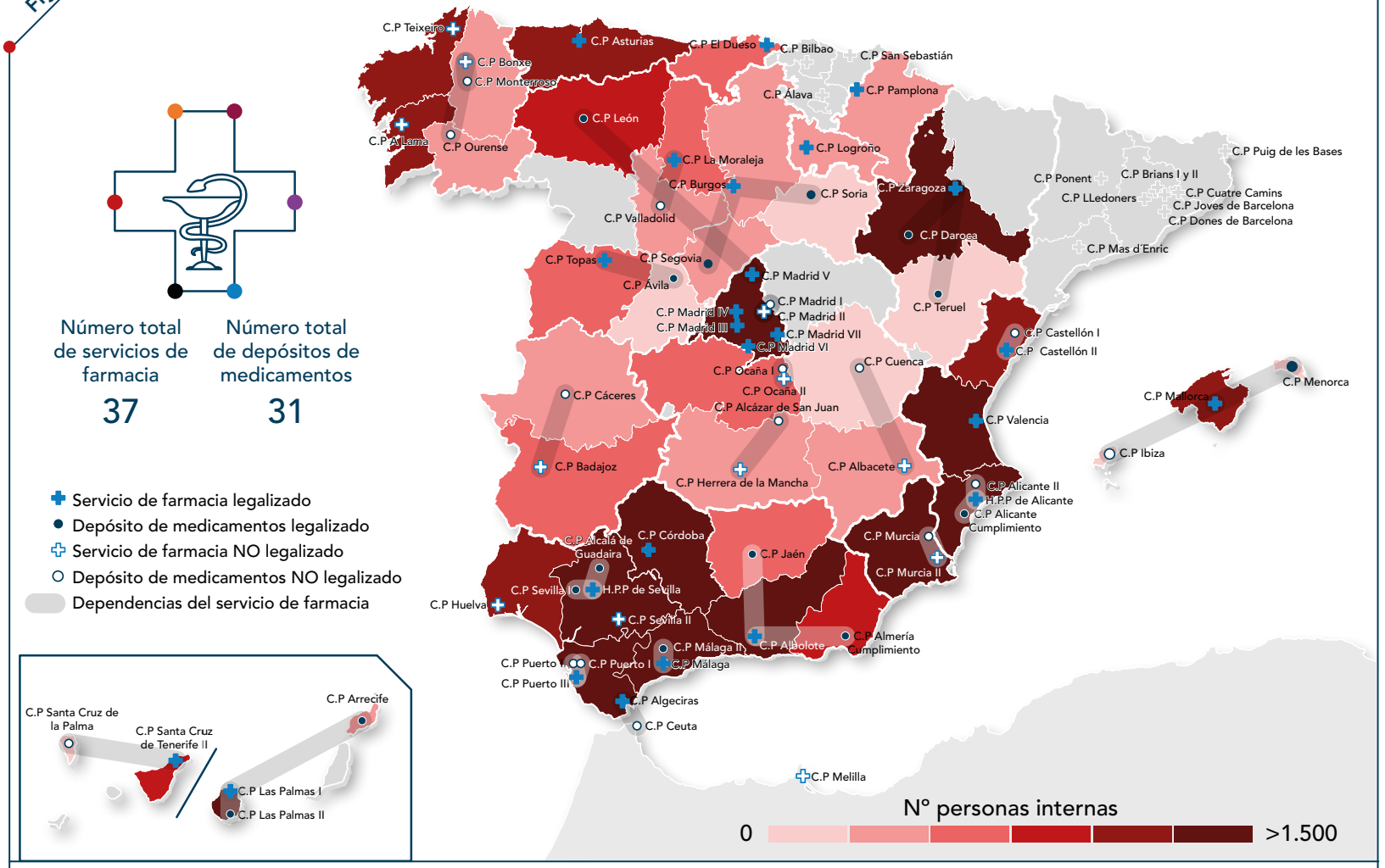
> *Coexisten, farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, junto con farmacéuticos no especialistas en farmacia hospitalaria.* [00:49:25.450].

Por tanto, a pesar de los esfuerzos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias por cumplir los requerimientos legales, más de un tercio de los servicios de farmacia (n=12) y depósitos de medicamentos (n= 14) aún no cumplían los requerimientos legales en el año 2020 (Figura 9.2) (3).

> *Si los servicios de farmacia no están todos legalizados, se pueden imaginar ustedes que los depósitos de medicamentos menos todavía.* [00:05:28.680].

Figura 9.1

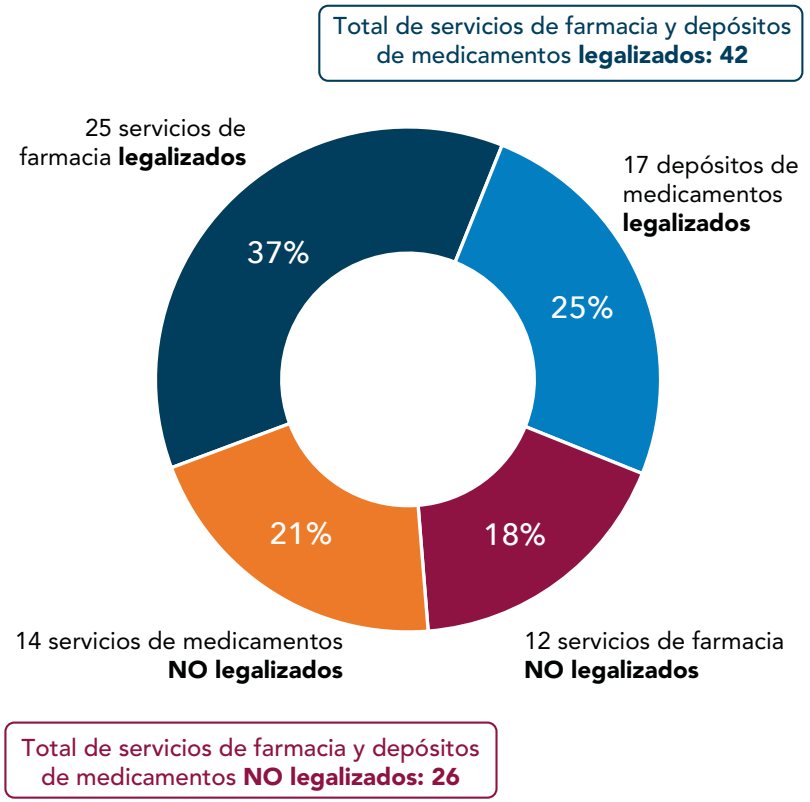
Distribución de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios ordinarios y psiquiátricos de CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas* (3)



*Datos correspondientes al diciembre de 2020, extraídos del informe general de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones (3)

Figura 9.2

Número y porcentaje de servicios de farmacia y depósitos de medicamentos según su estado de legalización en los centros penitenciarios en CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas*(3)



*Datos correspondientes a diciembre 2020, extraídos del Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 (tabla de la página 182) de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias

En aquellos centros (n=26) donde no hay un servicio de farmacia ni depósito de medicamentos legalizado, las funciones propias del farmacéutico responsable son desempeñadas por otros profesionales sanitarios determinados por la dirección del centro correspondiente.

> ***Las funciones inherentes a la gestión farmacéutica que están encomendadas única y exclusivamente al farmacéutico como son la adquisición, custodia y dispensación de medicamentos las están llevando a cabo, pues el personal que dictamine nuestro Centro Directivo y que en última instancia en cada centro dictamine la dirección.*** [00:07:26.180]

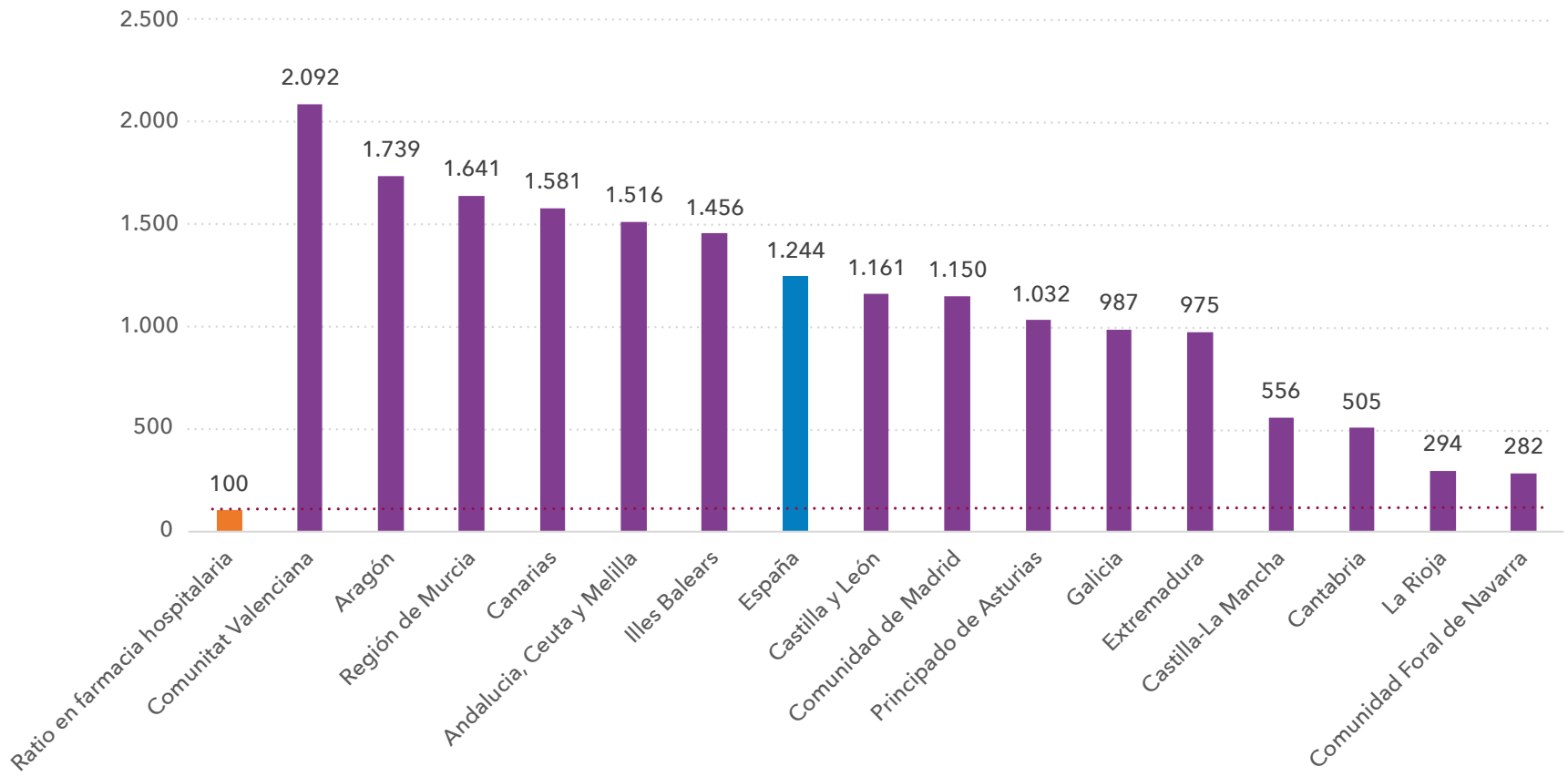
La ausencia de contratación de personal farmacéutico en las últimas décadas ha repercutido negativamente en la legalización de servicios de farmacia y depósitos de medicamentos.

> *Salieron solo tres oposiciones desde el 90 hasta el 2018. Sólo ha habido tres oposiciones y un proceso de estabilización.* [00:59:37.830]

Así, según el informe de Instituciones Penitenciarias del 2020, había un total de 34 farmacéuticos penitenciarios para una población total de 47.300 personas internas. Esto se traduce en un ratio medio de 1 farmacéutico por 1.244 personas internas en el territorio español, con diferencias importantes entre las CCAA sin competencias en sanidad transferidas (3) (Figura 9.3). Comparativamente, la ratio estimado para farmacia hospitalaria en España es de 1 farmacéutico por cada 100 pacientes (5).

Figura 9.3

Relación de farmacéutico por número de personas internas por CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas* (3,5)



* Relaciones calculadas por comunidad autónoma a partir de los datos correspondientes a diciembre 2020, extraídos del Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 (tabla de la página 182) de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias.

Dato de referencia extraído de (5)

Nota: Se han empleado los nombres oficiales de las Comunidades Autónomas

En el 2021, se convocó un proceso selectivo de 14 plazas de entrada libre para farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria que han sido cubiertas (4,6). Adicionalmente se convocaron dos procesos de estabilización de 21 plazas para licenciados en farmacia y de 3 plazas para especialistas en Farmacia Hospitalaria (4). Tras la finalización de estos procesos selectivos, es esperable que la relación de farmacéutico por número de personas internas mostrada en la figura 9.2 se modifique ligeramente.

> *Entonces en cierta manera ¿se están concienciando? Pues sí, pero nos queda todavía un tramo importante por andar, un camino largo.* [00:53:08.150]

¿Cómo es la atención farmacéutica en el medio penitenciario?

Funciones de farmacia hospitalaria adaptadas al medio penitenciario

En el ámbito penitenciario, el personal farmacéutico desempeña funciones muy próximas a las desarrolladas en un servicio de farmacia hospitalaria que incluyen (7):

- asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos
- establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración y velar por el cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial (8).
- formar parte de las comisiones en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo
- establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del centro, un sistema de farmacovigilancia y estudios sistemáticos de utilización de medicamentos
- llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal y a los pacientes y personas internas
- colaborar con las estructuras de atención primaria y especializada de la zona

En algunos establecimientos penitenciarios, el personal farmacéutico participa activamente en el proceso asistencial del paciente como parte de un equipo multidisciplinar.

> *Estamos integrados en el equipo multidisciplinar, en contacto absoluto y estrecho con los médicos de familia y con los psiquiatras, al igual que con el personal de enfermería.* [00:31:32.050] *Estamos integrados y nos sentimos útiles. De hecho, también nuestros compañeros nos lo hacen saber- sabemos que nuestros compañeros lo valoran.* [00:12:22.350].

No obstante, el rol que debe desempeñar el personal farmacéutico en el ámbito penitenciario requiere destreza en el manejo tanto de esquemas terapéuticos sencillos en patologías prevalentes como de medicamentos de alto coste y esquemas terapéuticos complejos que reflejan la situación clínica más habitual de la población de los centros penitenciarios.

> *Se están manejando muchos medicamentos de uso hospitalario. Se están manejando antivirales de acción directa, se están manejando antirretrovirales, están manejando antipsicóticos y mucha medicación psicotrópica. Se está manejando también anti-tumorales por vía oral y son sin duda medicamentos de uso hospitalario de diagnóstico hospitalario.* [00:49:25.450]

Desde el punto de vista sanitario, la existencia de ciertas patologías prevalentes en el medio confiere un nivel de asistencia sanitaria que se podría calificar como de atención primaria-especializada. Cualitativamente, el patrón de utilización de medicamentos es diferente al de la población general, observándose desviaciones considerables en el consumo de algunos subgrupos terapéuticos tales como fármacos tuberculostáticos, antivirales, antifúngicos, antirretrovirales, benzodiazepinas y medicación psiquiátrica, así como otros medicamentos de uso hospitalario (2). Por ello, los servicios de farmacia penitenciarios deberían ser un híbrido entre los servicios de farmacia de atención primaria y los servicios de farmacia hospitalarios con algunas matizaciones y limitaciones que permitan un funcionamiento ágil y efectivo y resuelvan las numerosas dificultades habidas día a día en los centros penitenciarios para adquirir determinados fármacos (2).

> ***Precisamente por ello, la atención sanitaria que nosotros dispensamos, la atención farmacéutica que dispensamos en el medio penitenciario es un híbrido, es un mixto entre los niveles de atención primaria y atención especializada.*** [00:04:04.660]

Dispensación y administración de medicamentos: diferencias entre hospital psiquiátrico penitenciario y centro penitenciario ordinario

Las diferencias en el funcionamiento de los servicios de farmacia entre un hospital psiquiátrico penitenciario y un centro penitenciario ordinario vienen determinadas, principalmente, por el perfil de las personas internas y la capacidad del centro. Así, los hospitales psiquiátricos de Sevilla y Alicante con una capacidad de 184 y 432 camas, respectivamente (9,10), atienden únicamente a personas con un trastorno mental, siendo el entorno principalmente sanitario (3).

> *Es un ambiente más hospitalario y menos carcelario. Ya, simplemente porque la vida gira alrededor de todos nuestros pacientes, que todos tienen trastorno mental grave.* [00:17:56.820]

En los centros penitenciarios, el número de personas internas varía de unos centros a otros, pudiendo ser superior a las 1000 personas

internas. Las condiciones médicas de las personas internas son variadas y no todas tienen necesidades de cuidado de la salud mental. En los centros penitenciarios ordinarios predomina el sistema regimental (Tabla 9.1)

En los servicios de farmacia de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, el personal farmacéutico recibe y valida la prescripción diaria de cada uno de los pacientes (Cuadro de texto 9.1). En caso de detectar alguna incidencia, el personal farmacéutico lo discute con el facultativo prescriptor. Así, la relación entre el equipo médico y el farmacéutico se basa en una comunicación bidireccional y de colaboración.

> *Si hay alguna cosa que tengamos que hablar con el equipo asistencial, lacomunicamos con total tranquilidad, igual que ellos nos pueden hacer consultas, nosotros también hacemos consultas y aquí estamos todos para ayudarnos y navegar en la misma dirección.* [00:13:59.970]

La dispensación de los medicamentos se realiza en dosis unitarias para garantizar su toma más segura y efectiva. Las dosis se preparan para todas las tomas del día y se administran todas bajo la supervisión del personal de enfermería o auxiliar (Tabla 9.1)

> *Se separan las tomas mañana, tarde, noche o a lo mejor a última hora si lo precisa un paciente y la medicación es directamente observada toda.*

En los centros penitenciarios, el funcionamiento de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos es diferente. Dado el gran volumen de personas internas que requieren medicación y la ausencia de farmacéutico en la gran mayoría de depósitos de medicamentos, las funciones del personal farmacéutico se centran en la gestión farmacéutica, disponiendo de poco tiempo para la revisión y validación de las prescripciones médicas.

Cuadro de texto 9.1

Aspectos importantes a revisar por el personal farmacéutico en la validación de las prescripciones médicas

El personal farmacéutico debe conocer la historia clínica del paciente, así como su medicación para una adecuada validación de la prescripción médica. Los puntos que se debe plantear el personal farmacéutico son los siguientes:

- Idoneidad del fármaco, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y vía de administración.
- Duplicidad o incompatibilidad terapéutica.
- Alergias o sensibilidades reales o potenciales.
- Interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.
- Especificidades establecidas por el centro para el uso del medicamento.
- Características fisiológicas del paciente.
- Otras contraindicaciones a tener en cuenta del estado del paciente.
- Alternativas costo-efectivas

Tabla 9.1 **Resumen de las principales diferencias en dispensación y administración de medicamentos entre un hospital psiquiátrico penitenciario y un centro penitenciario ordinario**

	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO	CENTRO PENITENCIARIO ORDINARIO
Entorno	Sanitario- hospitalario	Principalmente regimental
Dispensación de medicamentos	Dosis unitaria Tres o cuatro veces al día	Múltiples dosis Semanal, quincenal o mensual
Validación de prescripciones por parte del personal farmacéutico	Se validan todas las prescripciones	Generalmente no se validan todas las prescripciones- solo casos puntuales
Administración	Todos los tratamientos son directamente observados siempre	Los tratamientos son directamente observados en casos concretos

> *Nosotros tenemos un depósito de medicamentos vinculado a este servicio farmacéutico, (…) yo allí no veo las prescripciones, con lo cual lo único que puedo hacer es una política de gestión de adquisiciones" "Me llama o los auxiliares o los enfermeros, (…) en el depósito de medicamentos, tienen alguna duda me pasan las prescripciones y podemos estudiarlo. Pero ya no es una validación de todas las prescripciones. Es imposible.* [00:15:20.640].

En los centros penitenciarios, la dispensación de la medicación suele ser semanal, quincenal o mensual y sólo una parte de los tratamientos se administran siendo supervisados por el personal de enfermería (Tabla 9.1).

Gestión farmacéutica

En el ámbito penitenciario, la adquisición de fármacos se realiza a través de dos vías con asignación presupuestaria diferenciada: compras centralizadas y adquisiciones directas de cada centro (3).

Una proporción importante de los medicamentos empleados en el ámbito penitenciario, debido a su elevado coste o a su elevado consumo, se adquiere mediante compras centralizadas que realiza la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Cada centro solicita periódicamente estos medicamentos mediante un sistema informático a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

> *Cada centro pedimos las necesidades que estimamos; bien cada mes o cada dos meses.* [00:28:34.310]

> *El farmacéutico penitenciario con especialidad en Farmacia Hospitalaria es esencial para garantizar la equidad en el acceso a los medicamentos de la población penitenciaria, para lograr una gestión farmacoterapéutica adecuada y supervisar el uso racional y seguro de los medicamentos.*

Entre los medicamentos que se adquieren por vía centralizada figuran antirretrovirales para el manejo de la infección por virus de inmunodeficiencia humana, antivirales de acción directa para el abordaje de la infección por virus de hepatitis C, algún antipsicótico atípico oral y la mayoría de antipsicóticos atípicos inyectables de acción prolongada.

Por otro lado, cada establecimiento penitenciario realiza compras directas a los laboratorios farmacéuticos, a entidades de distribución, a farmacia militar o a oficinas de farmacia cercanas para el resto de los medicamentos, con un presupuesto propio asignado. En estas compras, la presencia de personal farmacéutico es un requisito legal que limita la adquisición y el acceso a determinados medicamentos a aquellos centros que carecen de un servicio de farmacia o depósito de medicamentos legalizado.

> *Ha habido verdaderos problemas en algunos centros penitenciarios para conseguir medicaciones, (…) pero se están consiguiendo de la forma que se están consiguiendo, de forma ilegal.* [00:28:34.310]

Además, en determinadas ocasiones, cuando hay desabastecimiento de algún medicamento en España o se necesita acceder a medicamentos no autorizados en nuestro país, solo aquellos servicios de farmacia legalizados están capacitados para realizar dichas compras. Las peticiones se trasladarán desde los servicios farmacéuticos, a través del aplicativo informático de medicamentos extranjeros, a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), la cual es la competente de autorizar, en su caso, el acceso a este tipo de medicamentos (11).

> *Si no hay farmacéutico, no hay legalizado un servicio de farmacia, no está el aplicativo informático que te facultad para pedir un medicamento de Alemania o para pedirlo fuera de España.* [00:30:33.410]

¿Cuáles son los desafíos para la mejora de la atención farmacéutica en el medio penitenciario?

La dotación de la farmacia penitenciaria con el número suficiente de profesionales farmacéuticos con especialidad en Farmacia Hospitalaria es el principal desafío de la atención farmacéutica en el medio penitenciario. La falta de personal farmacéutico en los centros compromete la garantía de equidad de la asistencia farmacéutica que recibe la población penitenciaria.

> ***Yo creo que lo más grave es que nuestros pacientes y nuestros internos están sometidos a un agravio comparativo importante.*** [00:09:43.280] ***Es un problema que no haya infraestructuras y recursos humanos suficientes como para que trabajemos en las mismas condiciones que se está trabajando en un hospital general.*** [00:16:20.580].

A su vez, la falta de personal farmacéutico penitenciario especialista en Farmacia Hospitalaria compromete el cumplimiento de uno de los requerimientos necesarios para la legalización de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en el medio penitenciario.

Como consecuencia, los medicamentos no se adquieren ni dispensan y las personas internas susceptibles no los reciben, llevando a la falta de equidad en el acceso a los medicamentos entre los distintos centros penitenciarios y con respecto a la población general.

> ***Algunos laboratorios no piden actas de apertura del servicio de farmacia ni piden que haya farmacéutico, pero la mayoría y cada vez más, están pidiendo actas de apertura de servicio de farmacia y, por supuesto, contar con la presencia de farmacéutico.*** [00:28:34.310] ***Entonces no hay equidad en el acceso a medicamentos.*** [00:30:33.410]

Además, el hecho de que profesionales sin formación en farmacia deban asumir el rol del farmacéutico en aquellos centros penitenciarios que carecen de personal farmacéutico compromete la gestión del gasto farmacéutico y el uso racional y seguro de los medicamentos.

> *Porque a mí no me gustaría que me ingresaran en un hospital donde no me tratara un traumatólogo una lesión traumatológica, y que me la tratara un internista o que me la tratara un auxiliar o un enfermero que no estuviera especializado en ello. [00:09:43.280]*

Igualmente, dada la falta de recursos humanos, el personal farmacéutico presente en los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos solo dispone de tiempo para hacer tareas de gestión y dispensación de medicamentos. Sin embargo, no tiene tiempo para llevar a cabo tareas de atención fármaco-terapéutica en los establecimientos penitenciarios, las cuales se han demostrado que son claves en el manejo de la farmacoterapia de pacientes con enfermedades crónicas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la diabetes o conductas adictivas a sustancias psicotrópicas frecuentes en la población penitenciaria (12).

> ***Se produce una gestión de compras, se pasa una dispensación. Lo que desde luego no se puede hacer es una atención fármaco-terapéutica en condiciones por falta de tiempo, recursos; es cierto que tenemos poco tiempo a veces para llegar a tantas cosas.*** [00:09:43.280]

Otro elemento por mejorar es el reconocimiento de la carrera profesional del personal farmacéutico, que actualmente no existe.

> *No se considera la carrera profesional, con lo cual no se consideran publicaciones, no se considera que tenga rotando residentes, no se considera. Entonces ese es un agravio comparativo, te gusta mucho porque si no te vas.*

Adicionalmente, la especialidad de Farmacia Hospitalaria no está reconocida en el ámbito penitenciario, a pesar de ser necesaria legalmente y de la responsabilidad que asumen los profesionales implicados.

> ***A nosotros como especialistas en Farmacia Hospitalaria, no nos remuneran nuestra especialidad (...) cobran lo mismo los licenciados en farmacia que los que somos especialistas en farmacias teniendo la llave para legalizar servicios de farmacia y teniéndolos legalizados desde hace mucho.*** [00:59:37.830].

Cuadro de texto 9.2

Puntos claves de mejorar y acciones para una farmacia penitenciaria coherente, homogénea, ágil y acorde al marco legal vigente según el Documento de Información y Posicionamiento de la SEFH (13)

Tal y como se recoge en el Documento de Información y Posicionamiento de la SEFH, la consecución de una red asistencial farmacéutica coherente, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente en los centros pertenecientes a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias dependiente del Ministerio de Interior contribuiría:

- **Al cumplimiento de la legalidad vigente en lo que a servicios de farmacia y depósitos de medicamentos se refiere.**
- **Al cumplimiento del artículo 208 del Reglamento Penitenciario** que cita textualmente: "a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población", garantizando a todos nuestros clientes una terapia de calidad, basada en la mejor evidencia disponible y coste-efectividad, sin diferencias inter-centros derivadas de la existencia o no de servicios de farmacia o depósitos de medicamentos.
- A la consecución de un importante ahorro en la factura farmacéutica de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dado que ni los laboratorios farmacéuticos ni los almacenes de distribución pueden suministrar medicamentos a establecimientos penitenciarios que no tengan legalizado un servicio farmacéutico.
- A la generación de puestos de trabajo para nuestro colectivo, logrando una mayor visibilidad del especialista en Farmacia Hospitalaria en el medio penitenciario.

Por todo ello, se insta a:

- **La puesta en marcha de los mecanismos institucionales necesarios para la contratación de farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria a fin de conseguir la legalización de servicios farmacéuticos y depósitos de medicamentos en los centros donde se requiera, lo que redundaría en una mayor calidad del cuidado de nuestros pacientes internados al amparo de la legalidad vigente.**
- **La integración de la sanidad penitenciaria en los sistemas de salud de las respectivas CCAA, para lograr un sistema sanitario homogéneo y equitativo** como articula la Constitución y nuestro propio Reglamento Penitenciario, basado en un aseguramiento de la continuidad de tratamiento de los pacientes fuera y dentro de prisión, en una unificación de recursos humanos y materiales y en una equiparación de las condiciones laborales de los farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria de Instituciones Penitenciarias con los farmacéuticos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.

La formación continuada al personal sanitario penitenciario y al farmacéutico en concreto es clave para la consecución de la carrera profesional y la adquisición y mantenimiento de las competencias necesarias.

> *Nuestra institución, salvo RASUPSI, a mí no me ha formado en nada.* [01:11:29.970] *No tenemos un sistema de formación continuada establecido.* [01:13:02.200]

La formación del personal farmacéutico depende de la voluntad e inquietud de cada profesional.

> *Entonces cada uno se va buscando un poco la vida para formarse.* [01:11:29.970]

En esta misma línea, el Documento de Información y Posicionamiento de la SEFH denuncia la necesidad de una red asistencial farmacéutica, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente en los centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Cuadro de texto 9.2) (13).

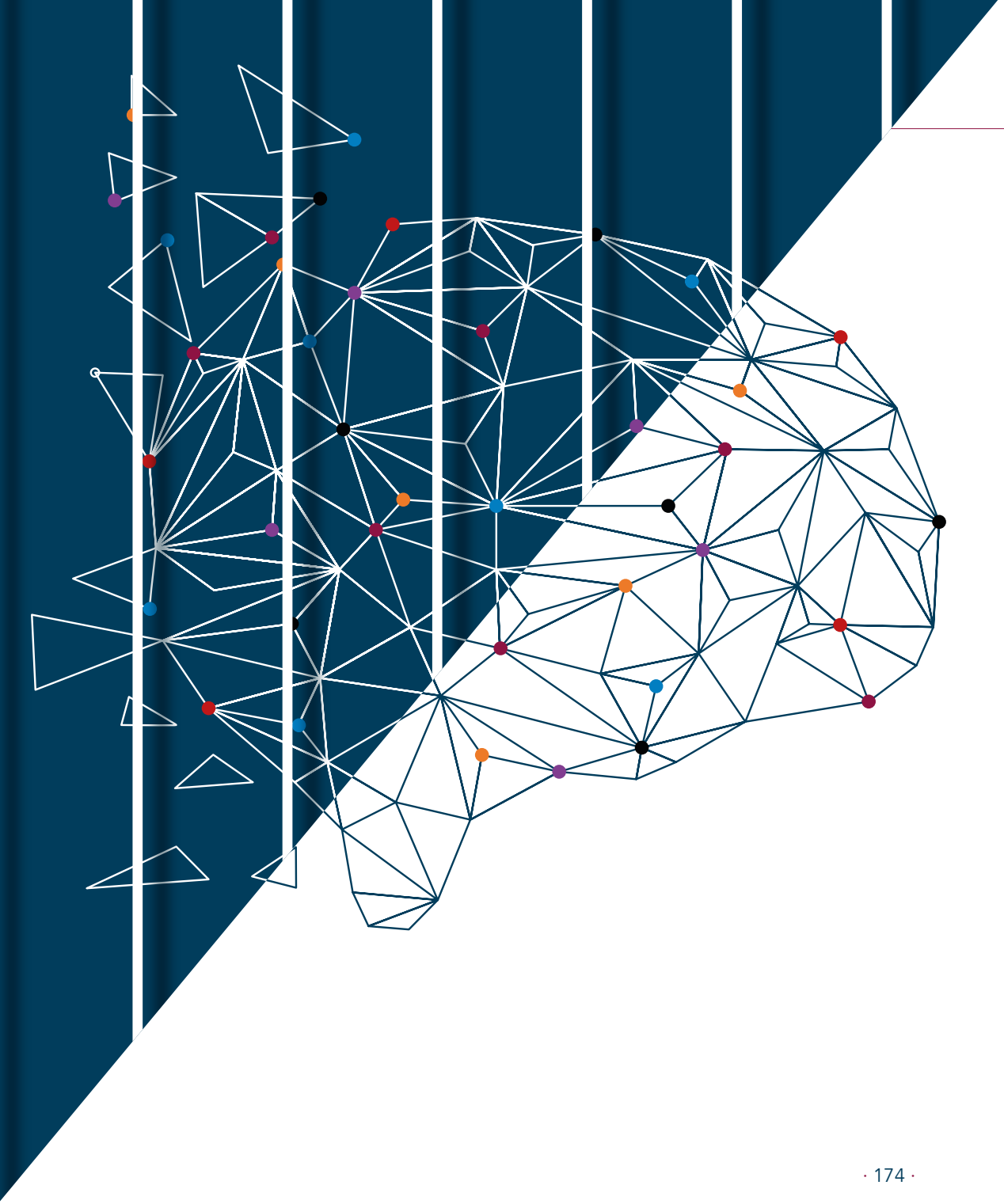
Conclusiones

La atención farmacéutica es un derecho de las personas internas de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y de los centros penitenciarios ordinarios que, en las CCAA sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas, debe hacerse efectiva a través de la Administración Penitenciaria. Para ello es necesario el establecimiento de servicios de farmacia y depósitos de medicamentos localizados en los distintos centros penitenciarios que cumplan con los requerimientos legales nacionales y autonómicos. La existencia de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria es imprescindible para cumplir con la normativa legal y para garantizar un acceso a los medicamentos equitativo para las personas internas de los distintos establecimientos penitenciarios. Además, el farmacéutico es el único profesional sanitario responsable legalmente de las funciones de, adquisición, custodia y conservación de los medicamentos, así como de la validación de las prescripciones y de las dispensaciones. La presencia del farmacéutico penitenciario es esencial para lograr una gestión farmacoterapéutica adecuada y garantizar el uso racional y seguro de los medicamentos, desempeñando un papel fundamental como miembro del equipo sanitario multidisciplinar que atiende y trata a las personas internas con problemas de salud. Esta función es especialmente relevante en el manejo de las personas con un TMG. La relación de 1 farmacéutico hospitalario por cada 100 personas internas establecido para el ámbito hospitalario español parece una meta insoslayable a alcanzar en el ámbito penitenciario.

> ***Nuestra institución sepa entender que tiene que haber un farmacéutico en cada centro penitenciario. Porque es un valor añadido, es un factor de seguridad para todos. Para los pacientes, para los propios facultativos y para todos- una forma de tratar por igual a todos, a todos nuestros internos y nuestros pacientes.*** [00:51:48.110]

Referencias

1. Gobierno de España - Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-1996-3307 Boletín Oficial del Estado; 1996 p. 1-96. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307
2. Díaz-Maroto S. Situación actual de los Servicios de Farmacia Penitenciarios. Rev Española Sanid Penit. 22 de junio de 2000;2(3):Díaz-Maroto.
3. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
4. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias -. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2021 [Internet]. Ministerio del Interior - Gobierno de España. 2021 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
5. Pérez-Encinas M, Lozano-Blázquez A, García-Pellicer J, Torre-Lloveras I, Poveda-Andrés JL, Calleja-Hernández MÁ. SEFH National Survey-2019: general characteristics, staffing, material resources and information systems in Spain's hospital pharmacy departments. Farm Hosp. 2020;44:288-96.
6. Ministerio del Interior. Anexo I- Plazas ofertadas- Farmacéutico hospitalario de instituciones penitenciarias [Internet]. Ministerio del Interior. 2022 [citado 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/empleo-publico/procesos-selectivos/personal-laboral/acceso-libre/farmaceutico-hospitalario-de-instituciones-penitenciarias/Anexo_Resolucion_17_enero_2022.pdf
7. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Internet]. Boletin Oficial del Estado -BOE-A-2015-8343 2015. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Estupefacientes y Psicótropos – Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/?lang=en
9. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad - Ciudadanos - Prestaciones y centro sanitarios - Centros y servicios del SNS - Instituto de Informacion Sanitaria - Centros y servicios del SNS - Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: http://www.mscbs.es/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=030232
10. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad - Ciudadanos - Prestaciones y centro sanitarios - Centros y servicios del SNS - Instituto de Informacion Sanitaria - Centros y servicios del SNS - Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: http://www.mscbs.es/ca/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=410346
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales [Internet]. Boletín Oficial del Estado BOE-A-2009-12002 2009. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-12002
12. Thomson C, Gunther M, Macek P. Clinical Pharmacists in Correctional Facilities: A Literature Review and Future Directions. J Correct Heal care Off J Natl Comm Correct Heal Care. julio de 2019;25(3):201-13.
13. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El valor de la Farmacia Hospitalaria. Documento de Información y Posicionamiento [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2016 [citado 13 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf



CAPÍTULO

10

USO RACIONAL DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO: UNA BUENA PRÁCTICA ASISTENCIAL NECESARIA

Entrevista con el Dr. José Joaquín Antón Basanta

Médico penitenciario en el Centro Penitenciario de Albolote (Granada)

9 de junio de 2022

[1h 26 minutos]

"Soy licenciado en medicina y cirugía por la Universidad de Granada y pertenezco al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria desde el año 1990. He trabajado como médico en el Centro Penitenciario de Córdoba hasta 1997 que me incorporé como Subdirector Médico en el Centro Penitenciario de Albolote cuando esta se inauguró hace ahora 25 años y estuve como subdirector médico durante unos diez años, hasta 2007. Desde entonces hasta ahora estoy de médico normal" [00:01:25.310].

Contexto

Los fármacos psicotrópicos, también denominados medicación psicotrópica o psiquiátrica, están indicados para el tratamiento de las funciones psíquicas (1). Se consideran dentro de las sustancias psicotrópicas o psicoactivas por su efecto sobre los procesos mentales tales como la percepción, conciencia, cognición o estado de ánimo (2). Las sustancias psicoactivas tienen un uso restringido y regulado en función de los riesgos para la salud que ocasionan y su utilidad terapéutica (2). Además, muchos de los fármacos psicotrópicos están asociados con el desarrollo de dependencia a su uso y pueden ocasionar eventos adversos importantes siendo necesario la monitorización y revisión frecuente del tratamiento (3,4).

Su producción y distribución están reguladas a nivel internacional por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por un Protocolo de 1972 y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 (2,5).

En España, la dispensación de los fármacos psicotrópicos está regulada por el Real Decreto 2829/1977 de 6 de octubre (6) y la Orden de 14 de enero de 1981 (7) que adapta los convenios internacionales a la legislación española, su dispensación es mucho más estricta y controlada que la de otros medicamentos (5).

En el medio penitenciario, la alta prevalencia de personas con un trastorno mental, entre los que destaca la patología dual (trastorno mental y trastorno adictivo), lleva consigo una **elevada prescripción de fármacos psicotrópicos** (8–10). Sin embargo, a menudo estos fármacos se prescriben en este entorno para el tratamiento de personas con trastornos de personalidad, de abuso de sustancias y comportamientos disfuncionales para los que no están indicados (11,12). Además, es frecuente la prescripción de más de un fármaco de la misma familia (polifarmacia), de dosis superiores a las terapéuticas y con duración del tratamiento más prolongada a las recomendadas por las guías de práctica clínica (3). La tabla 10.1. resume los principales grupos de fármacos psicotrópicos empleados habitualmente en el medio penitenciario (12,13).

Tabla 10.1 Grupos de fármacos psicotrópicos, indicaciones y ejemplos de uso en el medio penitenciario

TIPOS DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS	PRINCIPALES INDICACIONES	EJEMPLOS DE FÁRMACOS MÁS USADOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO
Antidepresivos	Depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, dolor neuropático, trastorno por estrés postraumático	ISRS: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram IRSN: venlafaxina, duloxetina Tricíclicos: amitriptilina Atípicos: trazodona, mirtazapina
Antipsicóticos o neurolépticos	Psicosis esquizofrénica, alucinaciones y delirios, psicosis tóxicas, trastornos bipolares	Quetiapina, olanzapina, clotiapina, aripiprazol (oral y *depot*), risperidona (oral y *depot*), paliperidona (oral y *depot*), clopixol *depot*, flufenazina *depot*
Antiepilépticos	Epilepsia, dolor neuropático, trastorno ansiedad generalizado, episodios maniacos, migrañas	Gabapentinoides (gabapentina, pregabalina), oxcarbazepina, topiramato, ácido valproico, lamotrigina, levetiracetam
Ansiolíticos/ hipnóticos	Ansiedad, trastornos del sueño, relajante muscular, trastornos convulsivos, síndrome de abstinencia	Benzodiacepinas: clorazepato, alprazolam, diazepam, lormetazepam, lorazepam Zolpidem, zopiclona Antidepresivos atípicos: trazodona, mirtazapina

IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Fuente: Agencia Española del Medicamento y de Productos Sanitarios (14)

En España, la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) reporta que **el 27,9% de la población penitenciaria estaba en tratamiento con medicación psiquiátrica en el 2016** y el 21,6% en el 2022 (15,16). Otros estudios nacionales informan que hasta un 67% de la población penitenciaria tiene prescrito algún fármaco psicotrópico, siendo la polifarmacia la norma (13,17–19).

¿Qué necesidad existe?

La prescripción elevada de fármacos psicotrópicos sin indicación médica supone un riesgo para la salud de la población penitenciaria (20). Fármacos psicotrópicos tales como las benzodiazepinas, los gabapentinoides, los analgésicos opiáceos y algunos antipsicóticos como la quetiapina, son prescritos habitualmente sin indicación médica en el medio penitenciario hecho que aumenta el riesgo de uso inadecuado, desviado o dependiente (20).

Adicionalmente, el uso de estos fármacos junto con otras sustancias psicoactivas, frecuentes en este entorno (15,21,22), aumenta consierablemente el riesgo de episodios de sobredosis o de reacciones adversas a sustancias psicoactivas (RASUPSI) que pueden producir el fallecimiento de la persona. Además, se promueve el intercambio o mercadeo de estos fármacos entre las personas internas, siendo aún más complicado prevenir estos episodios (20). También el uso inadecuado de fármacos psicotrópicos incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas graves con otros fármacos

no psicotrópicos indicados para tratar diferentes condiciones médicas (20).

Ante esta situación, existe la necesidad de **promover el uso racional y seguro de fármacos psicotrópicos en el entorno penitenciario** (23).

¿Qué es un programa de uso racional de fármacos psicotrópicos?

Es un plan de desprescripción que consiste en la **retirada escalonada de todos los fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación médica** entre la población penitenciaria.

¿Cómo surge?

Este programa nace de la inquietud y la reflexión de un médico del centro penitenciario de Albolote (Granada), conocedor del ámbito penitenciario durante más de 30 años, consciente de la **alta frecuencia de episodios graves y fallecimientos por sobredosis o por RASUPSI** que ocurrían en los centros penitenciarios.

> *Cuando sonaba el teléfono a las 08:00 decíamos ya está ahí- sabías que tenías que salir corriendo a una celda; alguien no respondía, alguien no respiraba, alguno no se despertaba.* [00:04:29.530]

La responsabilidad del episodio de sobredosis suele atribuirse a la persona con conductas adictivas. Sin embargo, en los centros penitenciarios, se empezó a considerar a la elevada prescripción de fármacos psicotrópicos una causa importante de los episodios de sobredosis y RASUPSI.

> *Si yo tengo el vaso lleno con una gota rebosa, si yo tengo el vaso vacío necesito más de una gota para que rebose. Y yo empecé a darme cuenta, yo creo que lo vimos mucha gente, pero luego había que coger el toro por los cuernos, que el vaso estaba muy lleno dentro de las prisiones. El vaso de los psicotrópicos estaba tremendamente lleno.* [00:06:59.430]

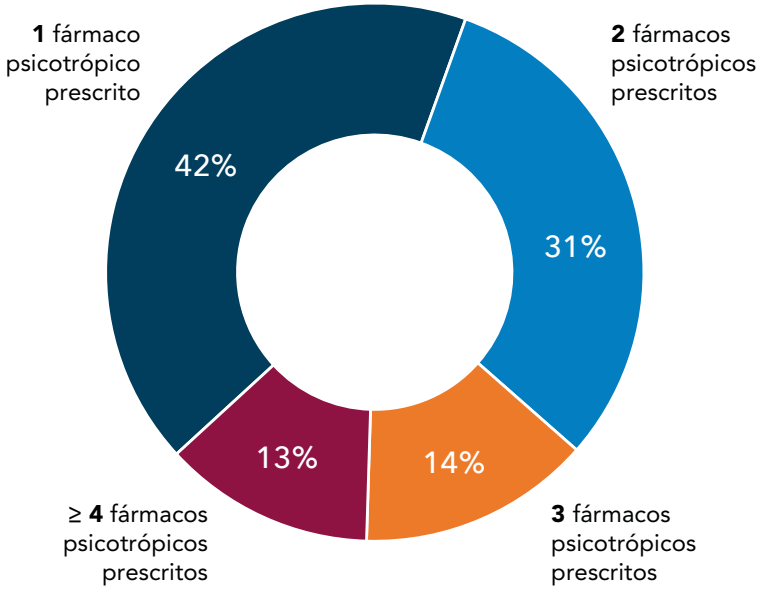
Esta relación causal de sobreprescripción de fármacos psicotrópicos con episodios de sobredosis o RASUSPI en el entorno penitenciario también fue recogida en la encuesta ESDIP de 2022. **El 52,4% de las personas internas entrevistadas mencionaron a los fármacos psicotrópicos sin receta médica (en concreto, los tranquilizantes) como los causantes de los episodios de sobredosis sin fallecimiento en prisión** (16). Según esta encuesta, el consumo de tranquilizantes dentro de la prisión ocupaba la segunda posición después del consumo de cannabis; el 7,8% de las personas internas había consumido este tipo de fármacos de forma no prescrita en los últimos 30 días en prisión y el 26,0% de los que refieren haberlos consumido ha iniciado el consumo de esta sustancia dentro de prisión (16).

En marzo de 2017, cerca de la mitad (43%) de la población interna del centro penitenciario de Albolote tenía prescrito al menos un fármaco psicotrópico (24).

Figura 10.1

Número de fármacos psicotrópicos prescritos por persona interna con medicación psicotrópica en el Centro Penitenciario de Albolote en marzo 2017 (19)

Total de personas con fármacos psicotrópicos prescritos: **558** (43% de las personas internas del centro)



La prescripción elevada de fármacos psicotrópicos sin indicación médica, frecuente en el medio penitenciario, se relaciona con episodios de sobredosis o de reacciones adversas a sustancias psicoactivas (RASUPSI).

> *Si eso uno lo lleva a la población general, es como si estuvieran tomando psicotrópicos pues millones,* [00:04:29.530]

Del total de personas con fármacos psicotrópicos prescritos, más de la mitad (58%) tenían más de un fármaco prescrito a la vez. Estos datos hacen sospechar que existe prescripciones innecesarias (Figura 10.1) (25).

Ante esta situación, se inició la elaboración y puesta en marcha de un programa para el uso racional de fármacos psicotrópicos entre la población interna del centro penitenciario de Albolote.

¿A quién se dirige?

Este programa de desprescripción está dirigido a las personas que tienen prescrito al menos un fármaco psicotrópico sin indicación médica y que se encuentran internas en centros penitenciarios. Se centra especialmente en aquellas **personas con conductas adictivas por ser el colectivo más vulnerable a la sobremedicación** y la polifarmacia.

¿Cómo se lleva a cabo la selección de las personas que se incluyen en el programa?

En primer lugar, se revisa el historial clínico y los tratamientos farmacológicos de todas las personas internas del centro penitenciario, independientemente de si tienen un diagnóstico de TMG o no, para identificar aquellos fármacos psicotrópicos que

están prescritos sin indicación médica. Principalmente se revisa la prescripción de fármacos que incluyen las benzodiacepinas, los gabapentinoides, la quetiapina, la amitriptilina y el tramadol.

Una vez identificadas las personas con irregularidades en la prescripción de fármacos psicotrópicos, se les informa del programa de desprescripción, explicando en detalle los beneficios en salud esperables y se establece un compromiso de corresponsabilidad entre el médico y el paciente.

La retirada escalonada de estos fármacos psicotrópicos se realiza con reducciones lentas de dosis (Tabla 10.2). Todos los fármacos se retiran a la vez para que haya un único periodo de deshabituación y lo más breve posible. Este programa se lleva a cabo por igual en todas aquellas personas internas que tienen prescritos fármacos psicotrópicos sin indicación médica.

Tabla 10.2 **Principales pautas empleadas para la deshabituación de personas internas con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación médica**

TIPO DE FÁRMACO	PAUTA DE DESHABITUACIÓN
Benzodiazepinas	Reducción a una única benzodiacepina de vida media larga (diazepam) Reducción de dosis semanal de 5 mg
Gabapentinoides (gabapentina and pregabalina)	Reducción a un único tipo de fármaco- pregabalina Dosis máxima: 150 mg/8 horas Reducción de dosis semana de 75 mg
Quetiapina	Dosis máxima: 100 mg Reducción de dosis semanal de 25 ó 50 mg

Además de la retirada escalonada de estos fármacos, se siguen otras pautas y recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas durante el periodo de deshabituación. Se procura el manejo adecuado de síntomas depresivos y por ansiedad, y del insomnio, que son frecuentes en el entorno penitenciario y que afectan especialmente, a las personas internas con conductas adictivas durante el periodo de deshabituación. El médico recomienda al paciente seguir hábitos de vida saludable, haciendo especial énfasis en la práctica de actividad física regular que ayuda a disminuir la severidad de los síntomas por abstinencia.

> *"La alternativa siempre es el deporte, para quitarse el mono de los opiáceos; las endorfinas que el deporte te hace producir ayudan a disminuir el síndrome de abstinencia."*
> [00:43:16.060]

En personas con TMG que presentan una patología dual, el programa de desprescripción es similar. El único fármaco psicotrópico que se mantiene es el antipsicótico. Es frecuente la prescripción de antipsicóticos inyectables de tipo depot tales como risperidona, paliperidona o aripiprazol en este grupo de pacientes por sus buenos resultados en la estabilización de los síntomas y la prevención de recaídas o brotes. En determinados casos, se prescribe algún fármaco ansiolítico durante un periodo de tiempo determinado y en función del grado de deterioro funcional de la persona con TMG.

¿Cómo fue la experiencia en el centro penitenciario de Albolote?

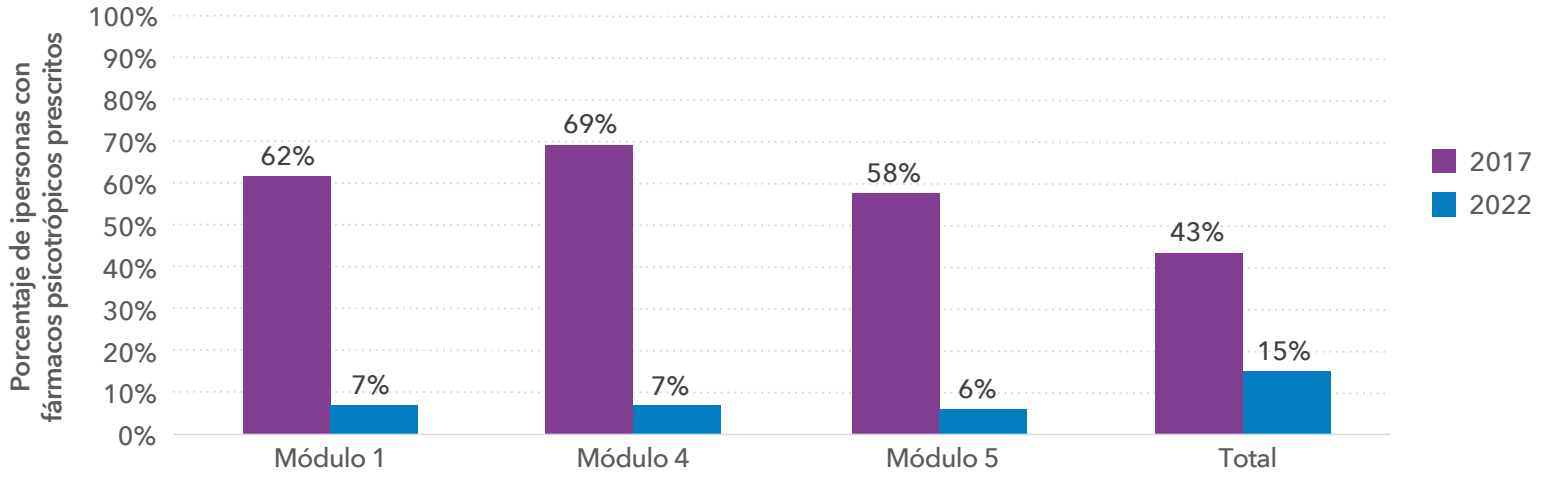
En el centro penitenciario de Albolote, el programa de desprescripción se implementó progresivamente. En 2018, se inició en uno de los módulos del centro, el módulo 5, que acogía a un elevado número de personas con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación (58%, en 2017) (24). Se empezó con las personas que tenían más fármacos psicotrópicos prescritos y con aquellas que acudían a la consulta para la revisión de la medicación psicotrópica. A los 12 meses, solo el 16% de las personas internas del módulo tenían fármacos psicotrópicos prescritos, de los cuales un alto porcentaje estaba en pauta de deshabituación (24).

En el año 2020, se implementó el programa en el módulo 4 del centro con un 47% de la población con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación. A los 9 meses, el porcentaje de personas con fármacos psicotrópicos prescritos se redujo al 14% y al finalizar el año alcanzó el 10% (24,25). Posteriormente, se llevó a cabo el programa en el módulo 1, consiguiendo una reducción similar en el número de personas con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación médica (Figura 10.2) (24).

Los **resultados positivos** que se obtuvieron en los módulos 1, 4 y 5 sirvieron **para que otros médicos penitenciarios del centro se decidieran a implementar este programa** de desprescripción en el resto de los módulos del centro.

Figura 10.2

Porcentaje de personas internas con fármacos psicotrópicos prescritos en marzo del 2017 (previo al programa de desprescripción) y en enero del 2022 en el centro penitenciario de Albolote (24,25)



> *Se ha ido convenciendo a mis compañeros cuando lo han ido viendo.* [00:50:03.590]

A principios del 2022, **el porcentaje de personas internas con fármacos psicotrópicos prescritos se había reducido del 43% (2017) al 15% de la población penitenciaria del centro** (25) (Figura 10.2).

Experiencia de las personas internas que participan en el programa

Las reacciones iniciales de las personas que comenzaban las pautas de deshabituación fueron contrarias y llenas de incertidumbre.

> *Al principio es muy duro porque no saben realmente el bien que les va a producir. Ellos no se lo creen.* [00:31:23.780]

Sin embargo, después del periodo de deshabituación, las personas que estaban sobremedicadas están agradecidas.

> *No ha habido ni uno que no venga a darme las gracias. Hasta los más difíciles y más complicados"* [00:32:21.510] *"tengo cartas que son emotivas (…) una carta dándome las gracias; él, su familia, todo el mundo.* [00:33:39.750]

Situación actual

En septiembre de 2022, el programa se lleva a cabo de forma sistemática en todo el centro penitenciario. De forma regular, se revisa el historial médico y la prescripción de fármacos psicotrópicos de las nuevas personas ingresadas o trasladadas desde otros centros para identificar y retirar fármacos psicotrópicos sin indicación médica.

> ***Cuando se llega a Albolote hay fármacos que no tienen ninguna indicación, como son los gabapentinoides, las benzodiazepinas y las quetiapinas y por lo tanto, esas, siempre entran en una pauta de deshabituación y se retiran.*** [00:37:41.090]

Dada la naturaleza de entorno cerrado de los centros penitenciarios, donde "el boca a boca" es una de las principales vías de comunicación entre las personas internas, el programa de desprescripción y la propia experiencia de las personas participantes es conocida por toda la población, incluso por las personas internadas recientemente.

> *El trabajo está hecho ya, cuando llegan (…), el trabajo me lo han hecho los internos en el módulo, en el boca a boca.* [00:35:38.160- 00:36:42.200]

¿Cuál es el elemento de éxito clave?

El principal elemento de éxito es la **relación médico-paciente** basada en el trato personal e individualizado, la **franqueza**, la **confianza** y el **respeto**.

> ***Hay un nivel de respeto importante porque saben que soy para todos igual (…) y porque además he demostrado ya que es bueno para ellos.*** [00:46:44.220]

La relación médico-paciente basada en la franqueza, respeto, coherencia y rigurosidad es esencial para garantizar que la retirada escalonada de fármacos psicotrópicos sin indicación médica sea un éxito.

Es necesario que el médico explique la pauta de deshabituación en detalle y los beneficios en salud esperables.

> *A todos y cada uno yo le he explicado personalmente por qué y cuál iba a ser la pauta.* [00:27:52.680]

El trato con todas las personas internas debe ser **riguroso y coherente.** Así el programa debe seguir un proceso sistematizado, igual para todas las personas internas del módulo o centro.

> *Lo que no puedes es, dejar en el módulo a alguien con un tratamiento de ese estilo, porque entonces sí que rompes el módulo y con toda la razón del mundo. Pero sí, hay que estar muy atento en eso.* [00:36:43.520].

¿Cuáles son los beneficios esperables?

En primer lugar, se consigue una **mejora del estado de salud** de las personas internas que estaban sobremedicadas. Comienzan a tener hábitos de vida más saludable: dieta equilibrada, descanso adecuado, práctica de ejercicio físico.

> ***El tiempo que están sin pastillas son otras personas completamente distintas, no tienen nada que ver;*** [00:35:38.160] ***físicamente se encuentran mejor y engordan, acaban descansando, a lo mejor empiezan a hacer deporte.*** [00:43:16.060]

La mejora de la salud es tal que la persona implicada adquiere conciencia de la importancia de la retirada de estos fármacos y se siente co-responsable de la decisión tomada.

> *Mire usted doctor, yo llevo sin tomarme el antiepiléptico por años, a mí la única crisis que me ha dado me dio por consumir. (…). Total, que quítemela;* [00:32:21.510] *"Tenga", y me da una instancia, en la que dice: "Por favor, quíteme las pastillas". Él solo venía a pedirme que le quitara las pastillas.* [00:33:39.750]

El número de **episodios de sobredosis y de RASUPSI disminuyen**, así como los fallecimientos asociados.

> ***Prácticamente no hemos tenido en todo el año 2022 ninguna sobredosis, y llevamos sin muerte por sobredosis desde (…) el 2018.*** [00:24:28.700]

Además, se reduce el **riesgo de interacciones farmacológicas graves** con otros fármacos no psicotrópicos, resultando su uso más seguro.

La retirada escalonada de fármacos psicotrópicos prescritos fuera de indicación y la simplificación de los tratamientos supone:

- *Mejora del estado de salud de la persona*
- *Disminución de los episodios de sobredosis y de RASUPSI*
- *Reducción del riesgo de interacciones farmacológicas graves*
- *Disminución de los conflictos entre personas internas*
- *Optimización del uso de recursos sanitarios*
- *Uso racional de fármacos*
- *Cambio en el motivo de consultas médicas dentro del centro*
- *Toma de conciencia, reconocimiento del problema y aceptación del programa*

Por otro lado, se consigue una optimización de los recursos sanitarios, puesto que no sólo se reduce el gasto farmacéutico, sino que también se disminuye el tiempo en la preparación y reparto de la medicación psicotrópica. Esto permite que el personal de enfermería y de cuidados auxiliares pueda dedicar más tiempo a otros programas de atención al paciente.

> *Menos trabajo de enfermería para preparación, menos trabajo de auxiliares para repartir. Todo eso son horas de trabajo que puedes dedicar a otro tipo de programas de hipertensión, de diabetes, de anticoagulación.* [00:38:33.350]

Asimismo, se reduce el número de urgencias y de traslados al hospital. **Los motivos de las consultas médicas diarias dentro del centro cambian** al disminuir el número de personas internas dependientes y demandantes de fármacos psicotrópicos que suelen ser frecuentadores insistentes y persistentes de las consultas médicas.

> *Muchísimo más tranquilo en todos los sentidos y te da oportunidad de hacer medicina, otras cosas, (…) también tratar una hepatitis y buscar una hepatitis B o controlar una diabetes.* [00:46:44.220- [00:47:57.450]

A pesar de la percepción general de que el periodo de deshabituación va acompañado de mayor conflictividad, el ambiente en el centro penitenciario se vuelve más tranquilo. La tasa de incidentes regimentales totales al día se redujo de 2,24 (2019) a 1,68 (2021) (24).

> ***Desde luego no hay, como pensaba la gente que se podía ver, un aumento de conflictividad en cuanto hubiera una reducción de pastillas porque la gente iba a estar más nerviosa, etcétera (…) todo lo contrario. De más nerviosa, nada.*** [00:41:14.240]

Esta buena práctica asistencial ha sido acogida con mucho entusiasmo en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y actualmente forma parte del curso que imparte esta administración al personal penitenciario sobre las RASUPSI.

> *Cuando lo vio la Subdirectora General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, lo primero que hizo fue llamarme a Madrid para decir que quería que lo diera en los cursos de RASUPSI que estaban dando. Y desde entonces yo doy una de las charlas que se dan, que es esta.* [00:48:56.240]

Por último, a medida que se da a conocer esta buena práctica y se implementa en otros centros penitenciarios, aumenta **la concienciación sobre el problema y la aceptación de este tipo de programas como una medida plausible.**

> ***Es verdad que antes en pacientes míos que iban a otro lado, volvían "cargaditos" y cada vez vuelven más en las mismas condiciones en las que se fueron- eso es bueno también.*** [00:50:03.590]

¿Cuáles son los principales desafíos para su implementación en otros centros y su continuidad?

Este programa de desprescripción se podría desarrollar en cualquier centro penitenciario del territorio español, independientemente de su tamaño. El primer paso para implementarlo es tener el convencimiento del riesgo para la salud que supone el uso de fármacos psicotrópicos sin indicación médica, del cual el médico prescriptor es responsable. La evidencia científica muestra que fármacos psicotrópicos tales como las benzodiazepinas y los gabapentinoides no tienen indicación médica en la patología dual y que se asocia con abuso y riesgo de episodios de sobredosis graves y fallecimientos (26,27).

En este sentido, **uno de los mayores desafíos es vencer la inercia que existe para la prescripción de estos fármacos entre los profesionales sanitarios penitenciarios que dificulta la retirada escalonada de estos fármacos y la simplificación de los tratamientos** (Figura 10.3).

> *Hay mucha soledad algunas veces- yo ¿para qué voy a quitar yo las pastillas para que llegue otro y se las ponga?* [00:50:03.590]

En muchos centros penitenciarios, esta inercia es agravada por la presión que ejercen las personas internas con problemas de adicción sobre el profesional sanitario.

> *Muy, muy complicado porque se entra en una cultura dentro de la prisión que es difícil, (…) de que allí hay mucha pastilla.* [00:51:04.790]

Por ello, **el convencimiento, la aceptación y la implicación de todos los agentes involucrados durante la trayectoria sanitaria y judicial** de estas personas internas resulta un desafío que es necesario superar **para garantizar el éxito en la implementación y la continuidad del programa.**

Para garantizar la continuidad de un programa de desprescripción es fundamental el convencimiento de los médicos prescriptores y la aceptación y participación activa de éstos y otros agentes, tales como psiquiatras, otros médicos especialistas, el juez de vigilancia y otros profesionales del ámbito penitenciario y judicial involucrados en la trayectoria sanitaria y judicial de las personas internas.

El **médico prescriptor** es el agente principal en la implementación y desarrollo de este programa. En este sentido, deben estar involucrados tanto el equipo médico penitenciario que prescribe, revisa y evalúa la medicación de la población penitenciaria como el médico psiquiatra interconsultor del centro que también prescribe los fármacos psicotrópicos a las personas internas con compromiso de su salud mental y/o problemas de adicción.

Adicionalmente, dentro del centro penitenciario, es importante contar con el apoyo y la aceptación del **personal de enfermería y el funcionariado.** El farmacéutico penitenciario también es un agente importante en el programa, asistiendo al personal médico del centro en la detección y notificación de interacciones farmacológicas graves, así como en la educación y formación del equipo sanitario en el uso racional de fármacos psicotrópicos.

La colaboración de los **profesionales sanitarios de centros de referencia** o derivación que tratan a estas personas es importante para que no prescriban fármacos psicotrópicos sin indicación médica rigurosa y precisa.

> *Yo cada vez que hago una salida a traumatología o a un sitio del dolor o lo que sea, les hago una indicación de lo que estamos haciendo y de porqué lo estamos haciendo. (…) y entonces han dejado de prescribir pregabalinas y analgésicos opiáceos.* [00:54:41.000]

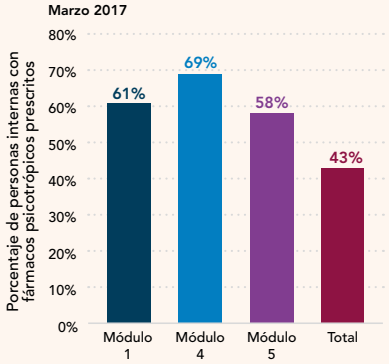
Por último, involucrar al **juez de vigilancia penitenciario** también resulta esencial, puesto que las personas internas con retirada de fármacos psicotrópicos suelen presentar quejas al juez de vigilancia correspondiente, el cual podría anular el cambio en la prescripción de la persona interna.

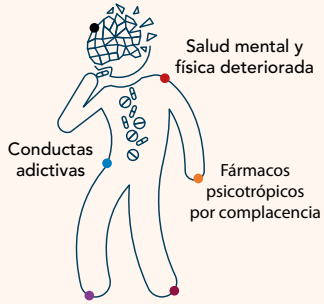
> *Es importante tener un apoyo, es muy importante, del juez de vigilancia porque al juez de vigilancia le van a llegar las quejas.* [00:54:41.000]

Figura 10.3

Experiencia del centro de Albolote (Granada, Andalucía) con un modelo para el uso racional de fármacos psicotrópicos en el medio penitenciario (24,25)

USO HABITUAL DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO Y SUS CONSECUENCIAS





↑ Riesgo de interacciones farmacológicas

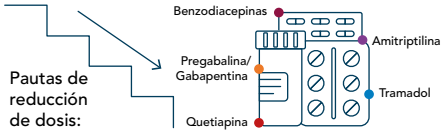
↑ Episodios de sobredosis o reacciones adversas a sustancias psicoactivas

↑ Fallecimientos por sobredosis o reacciones adversas a sustancias psicoactivas

MODELO PARA EL USO RACIONAL DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

1. Relación médico-paciente de confianza

2. Retirada escalonada de fármacos psicotrópicos fuera de indicación



3. Recomendación de otras pautas farmacológicas (dosis a la baja) y no farmacológicas

Manejo adecuado de síntomas depresivos y por ansiedad

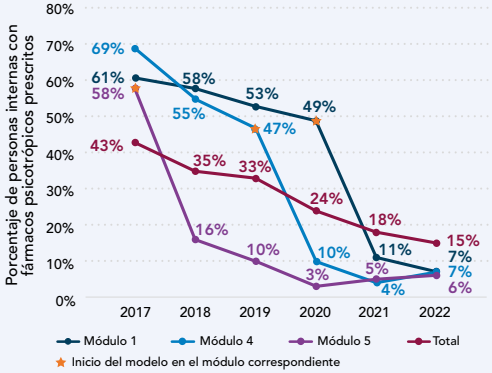
Manejo del insomnio

Manejo de efectos no deseados durante el periodo de deshabituación

Recomendación de hábitos de vida saludables: actividad física regular, actividades sociales y culturales

RESULTADOS

Reducción del porcentaje de personas con fármacos psicotrópicos a lo largo del tiempo



Mejora de la salud de la persona

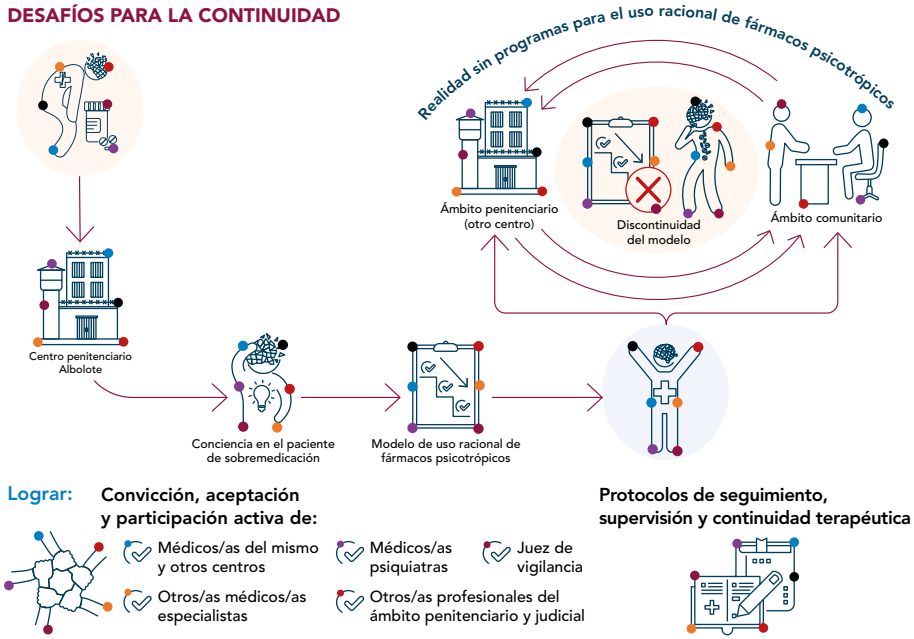
Mejora del comportamiento

- ↓ Conflictividad
- ↓ Expedientes disciplinarios

Optimización del uso de recursos sanitarios

- ↓ Urgencias y traslados a hospitales
- ↑ Tiempo para consultas médicas regulares
- ↓ Tiempo para preparar y distribuir la medicación
- ↓ Gasto farmacéutico

DESAFÍOS PARA LA CONTINUIDAD

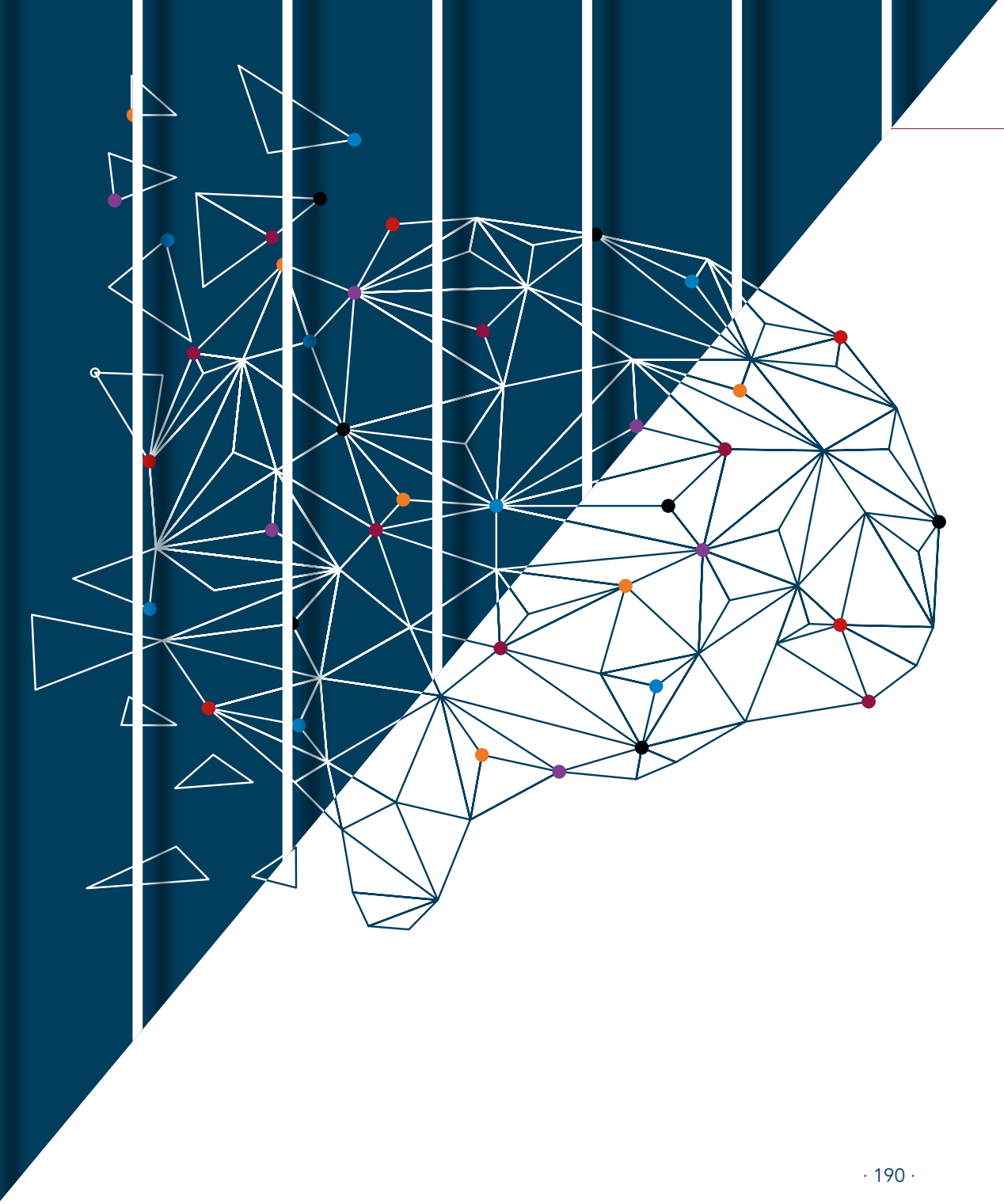


Conclusiones

El programa de uso racional de fármacos psicotrópicos es un programa de desprescripción que tiene como objetivo la retirada escalonada de todos los fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación médica entre la población penitenciaria (Figura 10.3). Se dirige principalmente a las personas de este entorno con conductas adictivas y que tienen prescrito fármacos psicotrópicos tales como benzodiazepinas, gabapentinoides, analgésicos opiáceos o neurolépticos cuyo uso no tiene indicación. Este programa nació como consecuencia de la alta frecuencia de episodios de sobredosis o RASUPSI registrada en los centros penitenciarios en 2017, que llevó a un médico penitenciario a reflexionar sobre la elevada prescripción de fármacos psicotrópicos en su centro como la posible causa. Experiencia, determinación, perseverancia y voluntad fueron necesarios para el inicio e implementación de esta buena práctica. La relación médico-paciente basada en la franqueza, respeto, coherencia y rigurosidad, fue el siguiente elemento clave. Se logró mejorar el estado de salud de la persona, su comportamiento y su concienciación sobre el pobre beneficio de la sobremedicación. El convencimiento de los médicos prescriptores, la aceptación y la participación activa de éstos y otros agentes involucrados en la trayectoria sanitaria y judicial de estas personas internas son fundamentales para la continuidad de este tipo de programas. Además, es esencial el desarrollo e implementación de protocolos de seguimiento, supervisión y continuidad terapéutica de las personas internas tanto en el entorno penitenciario como en la comunidad.

Referencias

1. NHS. NHS Data Model and Dictionary- Psychotropic medication [Internet]. Health and Social Care Information Centre. 2022 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/psychotropic_medication.html
2. World Health Organization. Drugs (psychoactive) [Internet]. [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
3. Griffiths E V, Willis J, Spark MJ. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners. Aust N Z J Psychiatry. mayo de 2012;46(5):407-21.
4. Schifano F. Coming Off Prescribed Psychotropic Medications: Insights from Their Use as Recreational Drugs. Psychother Psychosom. 2020;89(5):274-82.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Estupefacientes y Psicótropos – Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/?lang=en
6. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación [Internet]. Boletin Oficial del Estado- BOE-A-1977-27160 1977. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1977-27160
7. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Orden de 14 de enero de 1981 por la que se desarrolla el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, que regula las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, y se dictan las normas complementarias de fiscalización para la fabricación, comercio, elab [Internet]. Boletin Oficial del Estado BOE-A-1981-2112 1981. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-2112#:~:text=A-1981-2112-,Orden de 14 de enero de 1981 por la que,y distribución de sustancias psicotrópicas.
8. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. The Lancet Psychiatry. 1 de diciembre de 2017;4:946-52.
9. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. mayo de 2012;200(5):364-73.
10. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Heal. 1 de junio de 2022;7(6):e557-68.
11. Hassan L, Senior J, Webb RT, Frisher M, Tully MP, While D, et al. Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. BMC Psychiatry. 2016;16(1):346.
12. Brown GP, Stewart LA, Rabinowitz T, Boudreau H, Wright AJ. Approved and Off-Label Use of Prescribed Psychotropic Medications among Federal Canadian Inmates. Can J Psychiatry. octubre de 2018;63(10):683-91.
13. Algora-Donoso I, Varela-González O. Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro). Farm Hosp. 2008;32(6):331-8.
14. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html
15. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Catalunya D de SG de. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) [Internet]. 2016 [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf
16. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
17. Franco-Mingarro C, Almazán-Julve P, Mur M, García-Jiménez E, Arroyo-Cobo JM. Estudio de utilización de psicofármacos en el centro penitenciario de Zuera en 2006: análisis comparativo. Farm Hosp. 2008;32(1):57-8.
18. Cañas M, Cañas J, Torre M. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. Rev Española Sanid Penit. 23 de junio de 2001;3(3):Cañas.
19. Arnau F, García-Guerrero J, Benito A, Vera-Remartínez EJ, Baquero A, Haro G. Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. J Forensic Sci. 2020;65(1):160-5.
20. Bicknell M, Farmer D, Watson C, Royal College of General Practitioners Secure Environments Group. Safer Prescribing in Prisons. Londres; 2019.
21. Caravaca-Sánchez F, Falcón Romero M, Luna A. Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. Gac Sanit. 2015;29(5):358-63.
22. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Guía de Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas [Internet]. 2012 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://ome-aen.org/files/libros/Libro_6.pdf
23. González Tejedor D. Estrategias de optimización terapéutica. Rev Española Sanid Penit. 2021;23(Supl.1):27-32.
24. Antón Basanta J., Hervás Leyva G, Ruiz Rodriguez F. Experiencia de deprescripción de psicotropos en un centro tipo. Rev Española Sanid Penit. 2021;23(Supl.1):87.
25. Datos proporcionados por Dr. J.Joaquín Antón en la entrevista en profundidad para este Libro Blanco (9 de Junio de 2022).
26. Evoy KE, Morrison MD, Saklad SR. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. Drugs. marzo de 2017;77(4):403-26.
27. Sáiz Martínez PA, Jimenez Treviño L, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina González P, Al-Halabí S, et al. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. Adicciones. 2014;26(3):254-74.



CAPÍTULO

11

"PROGRAMA PUENTE EXTENDIDO" PARA LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL EN LA COMUNIDAD DE LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE CON PENAS O MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN

> *Lo más importante que hemos hecho es demostrar que hay una población que está judicializada pero que no está en prisión, que cumplen penas y medidas alternativas, que son muchas más que las que están en prisión… quisimos demostrar inicialmente que era una gran oportunidad trabajar con ellas.*

Entrevista con el Dr Miguel Mateo Soler

Subdirector General de Ordenación de Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad de Cantabria

19 de mayo de 2022

[1h 42 minutos]

"Soy médico de profesión, especialista en medicina familiar y comunitaria, y mi primer contacto con la administración pública fue en el Ministerio; en aquel momento fue el Ministerio de Justicia, que luego ya fue Interior, pero en el ámbito de la institución penitenciaria. Ahí empecé mi recorrido profesional, que a partir de ese momento ha sido muy variado. He tenido la suerte o la oportunidad de trabajar en sitios muy diversos, en organizaciones muy diversas, complejas en general, empezando en el ámbito penitenciario asistencial, en momentos además también complicados. Estamos hablando de los años de la eclosión de la infección por VIH y de las adicciones. Bueno, pues ahí tuve una etapa de vivencia en primera persona en las cárceles de condiciones de personas que estaban en situación de exclusión, que era más difícil de ver en aquel momento, que morían de SIDA en las prisiones. Ese fue mi primer contacto con la salud en el ámbito penitenciario de mi carrera profesional" [00:01:43.860].

"Fui gerente del único Hospital General Penitenciario que había en España, que tuve la fortuna de que me pidieran incorporarme al proyecto de cerrar ese hospital, cerrar el hospital para que la atención se hiciera en la Red Pública. Fue una de las cosas más difíciles y quizá más bonitas o intensas que he podido hacer en mi vida y quizá al principio de mi carrera profesional". [00:01:43.860]

"He trabajado en salud pública, he trabajado como director de una prisión durante ocho años y también eso me permitió ir cogiendo perspectiva de lo que no sólo hacía como sanitario, sino que hacía ya como gestor, en un contexto de una gestión integral de una organización no sanitaria, como es una cárcel que no deja de ser una organización no sanitaria, que puede tener servicios sanitarios en su interior". [00:01:43.860]

"En mis últimos ocho años, antes de salir del ámbito de Instituciones Penitenciarias, volví voluntariamente y me incorporé en un centro de inserción social que tenemos en Cantabria, que está destinado a que residan personas que están en situación de penados en régimen abierto o, bien, que no residen, pero que están con sistemas de control telemático. Y también personas que cumplían penas y medidas alternativas que son las que, de alguna manera, nos permitieron iniciar el Programa Puente Extendido". [00:05:20.880]

Contexto

Las penas y medidas alternativas son sanciones penales que mantienen a la persona responsable del delito en su medio comunitario; es decir, que está en libertad y cumple su pena en libertad, aunque sometida a ciertas restricciones mediante la imposición de determinadas condiciones y/o obligaciones, según los casos (1). Pueden ser trabajos en beneficio de la comunidad y suspensiones de condena. El propósito fundamental de las penas y medidas alternativas es que la persona no entre en prisión (2).

La gestión y seguimiento de las penas y medidas alternativas son competencia de la Administración Penitenciaria y está regulada en el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, (3) en el que se definen los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas como Unidades Administrativas dependientes de la Administración Penitenciaria, que tienen encomendado el cumplimiento de las penas y medidas alternativas a la privación de libertad (1). Establece que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes. En la reforma penal de 2015 (4), se refuerza la responsabilidad de estas administraciones de brindar a las personas sometidas a medidas no privativas de libertad, la ayuda y atención que precisen y legalmente les corresponda (5).

De acuerdo con el informe SPACE II, en enero del año 2021, para un total de 39.654.465 personas que habitaban el territorio español (exceptuando Cataluña), 60.689 (0,15%) se encontraban cumpliendo en la comunidad una pena o medida alternativa a la prisión. En Cataluña, para una población residente de 7.739.758 personas, 11.056 (0,14%) cumplían alguna pena o medida alternativa a la prisión. Estas cifras representan un incremento del +6% respecto del año 2020 en todo el territorio español (6).

Si se considera el total de condenas emitidas, en el año 2021, **una proporción sustancialmente mayor de personas condenadas cumplen penas y medidas alternativas a la prisión comparado con aquellas que cumplen condenas privativas de libertad** (7).

Las personas que cumplen penas o medidas alternativas a la prisión cometen habitualmente delitos leves relacionados, por ejemplo, con pequeños hurtos, con resistencias menores, delitos que no comportan peligros reales para la sociedad y que, por lo tanto, no implican la necesidad de entrar en prisión (1).

> *Otros muchos van a cometer delitos leves, que son los que vemos en penas y medidas alternativas (…), delitos que no comportan prisiones que, si se interviniera más adecuadamente en muchos, pues no los cometerían (…) Son más víctimas, son más vulnerables, más que delincuentes.* [01:30:56.560]

Se ha estimado que entre 5% y 7% de estas personas tienen un TMG (8). En 2019, en Cantabria, de un total de 683 personas condenadas a cumplir penas alternativas, la mitad tenían problemas de salud mental asociados al consumo abusivo de sustancias y 8,9% de ellos, trastornos graves de salud mental (9).

¿A qué necesidad responde el Programa Puente Extendido?

En España, es habitual que las personas que cometen delitos leves sean sometidas a juicios rápidos en los que el abogado de oficio procura evitar su ingreso en prisión mediante el cumplimiento de una pena o medida alternativa. **El trastorno que afecta a la salud mental de la persona pasa comúnmente inadvertido en esta fase judicial de celeridad procesal, y las medidas o penas impuestas frecuentemente no se corresponden con sus capacidades y competencias.** En consecuencia, **la persona falla en el cumplimiento de la pena** o medida alternativa a la prisión, comúnmente de manera reiterada, **y acaba ingresando en prisión** por acumulación de infracciones y delitos. El resultado es el incumplimiento del objetivo primario de la medida alternativa que es el de evitar el ingreso en prisión.

En Cantabria, los profesionales del ámbito judicial, social y penitenciario se enfrentaban a una situación sin solución. No existía una opción distinta a las tareas en la comunidad para el cumplimiento de las penas o medidas alternativas para estas personas que además no tenían acceso a una valoración médica especializada. Inercia, desconocimiento de la posibilidad de un trastorno mental o cómo abordarlo, estigma, exclusión, y la anticipación del fracaso con malos resultados contribuían a perpetuar esta anomalía.

> *Era algo repetitivo. Era algo conocido. Y era algo de alguna manera asumido (…) Sin embargo, no se podía hacer otra cosa porque no había un canal de cumplimiento distinto de ese.* [00:15:25.740]

Para atender a esta necesidad, nació en Cantabria en el año 2014, el Programa Puente Extendido que surgió como "extensión" a un Programa Puente destinado a personas con TMG que están en prisión, pero que cumplen penas en régimen abierto, y que hacen un itinerario hacia la libertad a través del programa. A diferencia de este Programa Puente inicial, **el Programa Puente Extendido se ocupa de las personas con TMG para prevenir su entrada en prisión** (5) (Figura 11.1).

> *Se extendía (el programa) a las personas que no habían siquiera entrado en prisión.* [00:09:31.130].

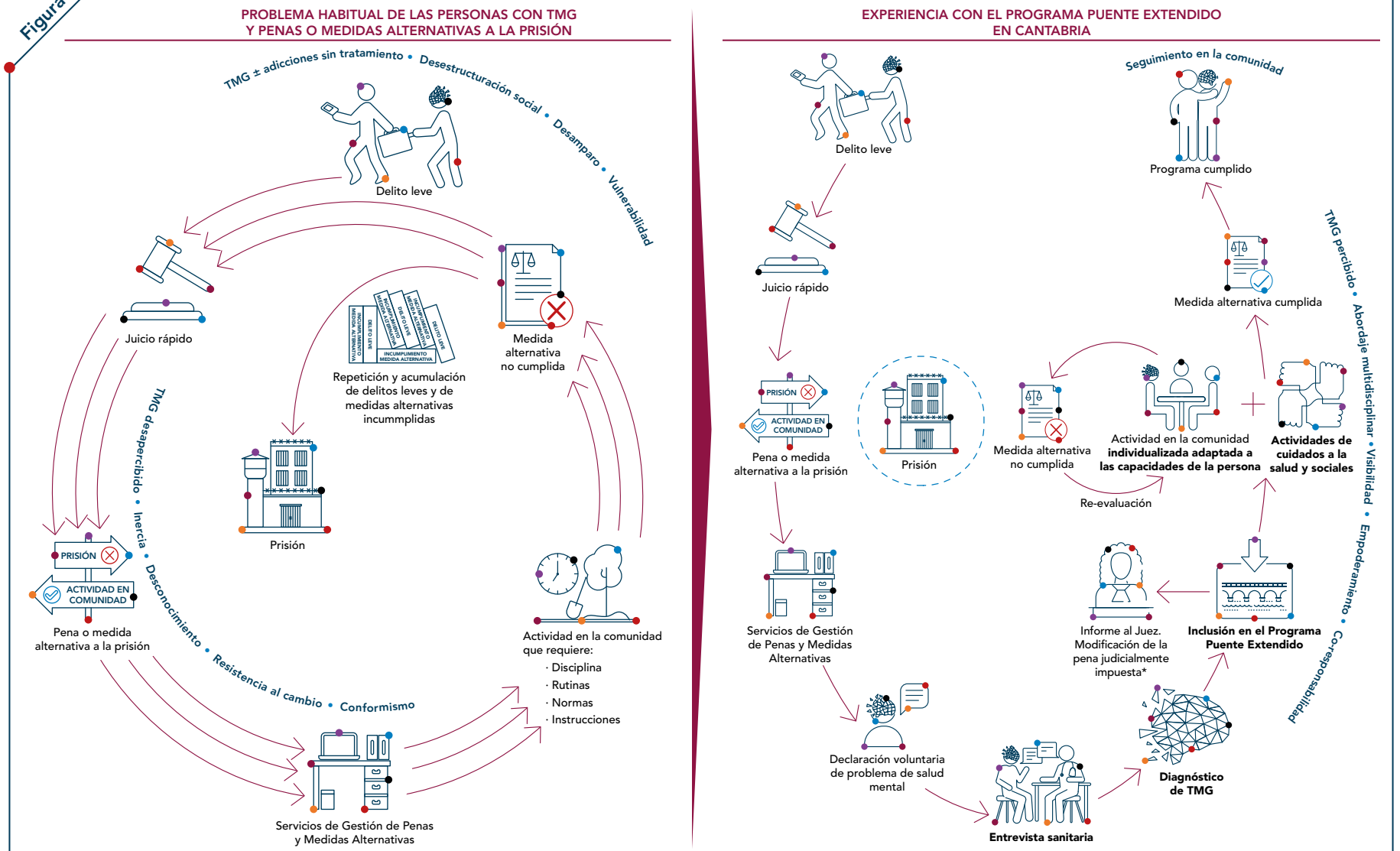
¿Cómo surge y qué elementos favorecen su implementación?

En el surgimiento del programa coincidieron dos profesionales con formación médica y psico-social, respectivamente, trabajando juntos en el mismo centro de inserción social (CIS), con la motivación y voluntad para hacer visible un problema, y para diseñar, proponer e implementar una solución factible, como el Programa Puente Extendido.

Fue indispensable que estos profesionales establecieran **una red de comunicación entre diversos recursos asistenciales, operando en la comunidad y en el entorno penitenciario.** Entre los recursos disponibles, el centro penitenciario El Dueso ubicado en Santoña, constituía un centro penitenciario muy antiguo con un CIS en Santander que dependía orgánicamente del centro

Figura 11.1

Solución que ofrece el Programa Puente Extendido a las personas judicializadas con TMG y penas alternativas a la prisión



*Salvo que esta pena sea directamente realizar el Programa Puente Extendido

penitenciario; es decir, que estaban vinculados uno a otro de tal modo que existía una coordinación preestablecida por la propia estructura organizativa.

Además, existía el centro hospitalario Padre Menni de las Hermanas Hospitalarias, de larga y reconocida trayectoria, cuyos profesionales estaban muy habituados a trabajar en salud mental, con personas con TMG, tanto a nivel comunitario, con centros de rehabilitación psicosocial como en centros hospitalarios. Trabajando junto con el centro hospitalario Padre Menni se consiguió la primera financiación por una fundación.

Desde el punto de vista de la gestión, el respaldo, desde el inicio del proyecto, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias fue crucial mientras que la condición de Cantabria de CCAA con una única provincia facilitó la coordinación de los recursos.

Se creó un equipo multidisciplinar, contando con todas las entidades del tercer sector existentes en Cantabria. De este modo, parte del cumplimiento de las penas y medidas alternativas se hacían en los centros comunitarios de rehabilitación psicosocial, y con seguimiento en la comunidad a través de los servicios de salud mental.

A su vez, en Cantabria, los profesionales del Programa Puente Extendido podían utilizar la red SARA (Sistema de Aplicaciones y Redes para las Administraciones) para acceder a la historia clínica autonómica, de cualquier hospital o de cualquier centro de salud de manera transparente, sin comprometer la seguridad. La red SARA es una red troncal que conecta a todas las administraciones públicas entre sí y que permite que unas administraciones alcancen los servicios de otras a través del nodo establecido para la comunidad autónoma correspondiente, que se haya unido a esta red (10,11). Se puede acceder a la red SARA desde cualquier ordenador autorizado, tanto en los CIS, Servicios de Gestión de Penas y centros penitenciarios y cuenta con un servicio de soporte técnico permanente

> *A nosotros nos da unas capacidades de diagnóstico y de continuidad asistencial que no tienen otros sitios.* [01:25:48.310]

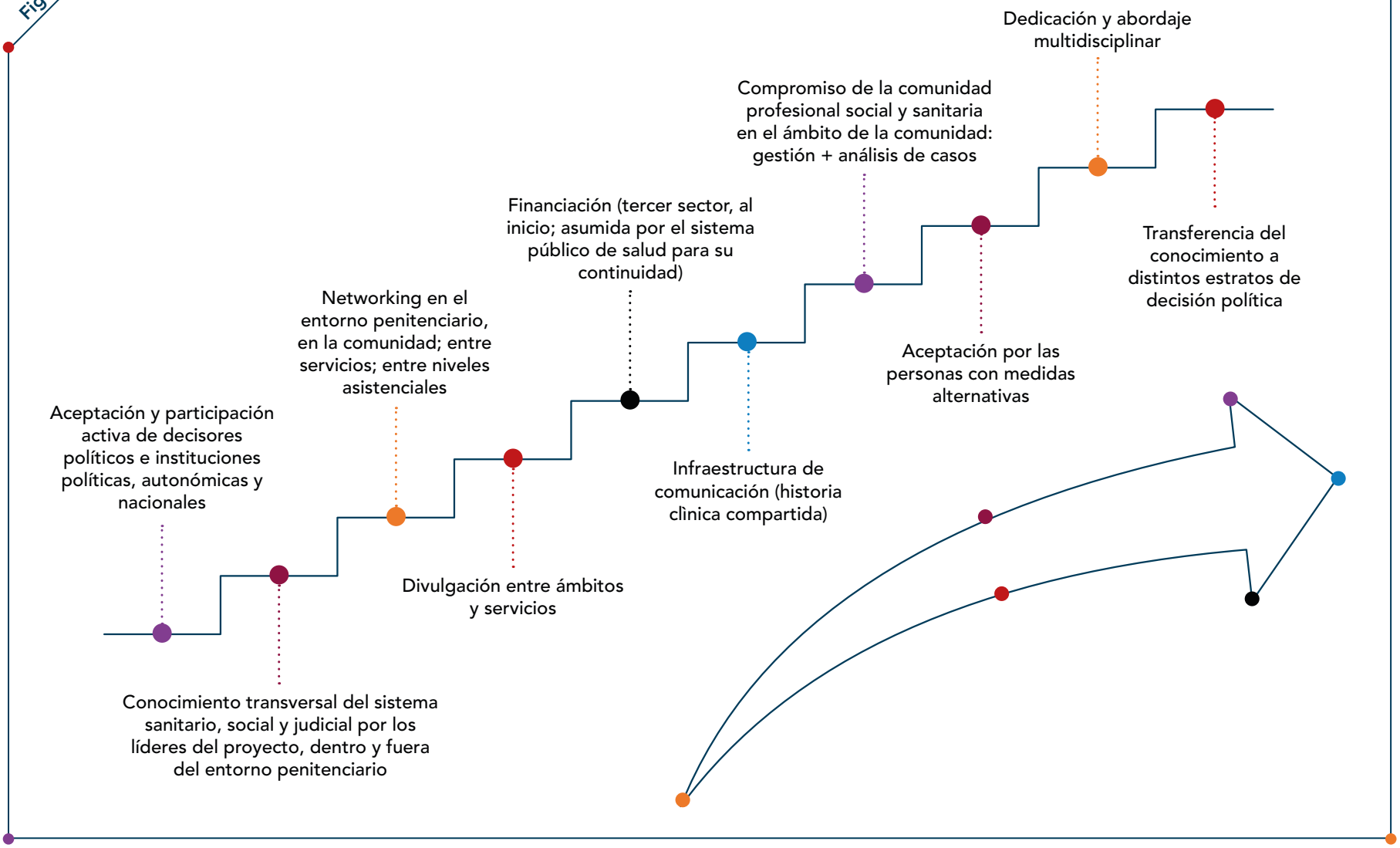
Los diversos elementos que coexistieron para la implementación exitosa de este programa se resumen en la figura 11.2. En el año 2022, el Programa Puente Extendido sigue contando con recursos en la comunidad muy similares a los descritos.

¿A quién se dirige?

El programa Puente Extendido está **destinado a personas que han de cumplir una pena o medida alternativa a la prisión y tienen** un diagnóstico previo, o en quienes se sospecha, un **TMG**. Se trata de personas que tienen diagnósticos (o sospecha diagnóstica) psiquiátricos mayores, de duración prolongada, crónicos, con importante disfunción social y discapacidad (12). Las personas deben cumplir los criterios operativos que definen al TMG en términos de diagnóstico clínico, tiempo de evolución y grado de discapacidad (5). Según la experiencia de Cantabria, es frecuente la presencia de conductas adictivas o de abuso de sustancias.

Figura 11.2

Elementos claves para la implementación exitosa del Programa Puente Extendido en Cantabria



> *Si es conducta adictiva que suele ser muy prevalente más del 80% de las personas que entran en el programa tienen un trastorno mental asociado con una conducta adictiva.* [01:18:01.860]

Se trata de personas en situación de exclusión, con ciertas conductas desadaptativas, con dificultad o imposibilidad para cumplir con un trabajo en la comunidad, o seguir un curso de formación, respetar las normas o rutinas, tener disciplina; en muchos casos, se encuentran en situación de exclusión absoluta, sin recursos habitacionales, y sin tarjeta sanitaria, si son personas extranjeras.

Con el diagnóstico de TMG están amparadas por el artículo 80 del Código Penal que establece que si una persona es condenada a una pena de dos años o menos, o incluso hasta cinco años si tiene un problema relacionado con sustancias o una conducta adictiva, o una enfermedad grave, crónica, entre otros supuestos, se suspende la ejecución de la pena y se puede cumplir a través de estas penas y programas de medidas alternativa (5).

¿Qué características tiene?

El Programa Puente Extendido es un recurso psico-sociosanitario que pretende mejorar la situación personal y la salud de la persona con un TMG que ha sido penada y que debe cumplir una medida alternativa a la prisión. Se caracteriza por la **individualización y personalización de sus contenidos y su duración a partir de la valoración que se hace a través de una entrevista sanitaria y psico-social.** El Programa Puente Extendido es muy flexible, se adapta a las necesidades de la persona y es voluntario en todo momento con una tolerancia relativa al incumplimiento.

> *Dábamos muchas, muchas oportunidades a la persona de volver; íbamos acomodando el programa a su evolución e íbamos informando a los jueces.* [00:30:00.810]

Se basa en desarrollar el empoderamiento y la corresponsabilidad de la persona en el cuidado de su salud y en el cumplimiento del programa, acompañada por el equipo médico y psico-social

¿En qué consiste?

Para que una persona llegue al Programa Puente Extendido debe existir una pena no privativa de libertad por resolución judicial. Una vez la sentencia es firme, la persona debe presentarse en el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas para cumplir la pena en la comunidad. En ese momento, **se le ofrece la posibilidad de hacer una declaración voluntaria de problema de salud mental y de hacer una entrevista sanitaria.** Sólo aquellas personas con cierta conciencia de estar sufriendo un trastorno de su salud mental acceden a la posibilidad de hacer la entrevista sanitaria [ver algoritmo en (5)]. El estigma y la carga de enfermedad son limitaciones importantes del cumplimiento de este paso clave para la admisión en el programa.

La entrevista sanitaria es una entrevista de cribado, protocolizada, estandarizada en la que se valoran el trastorno de salud mental, el

juicio crítico, la comprensión de realidad de la persona, conductas adictivas, antecedentes médicos y penales, el tipo de pena o medida alternativa impuesta, entro otros aspectos sociales y sanitarios.

> *Son entrevistas largas en torno a media hora o tres cuartos como mínimo.* [01:18:47.970]

Durante esta valoración inicial, **es esencial acceder a la historia clínica electrónica** para determinar si hay antecedentes de episodios psicóticos previos, de ingresos hospitalarios de causa psiquiátrica, si existe seguimiento ambulatorio de los problemas de salud en el sistema sanitario.

> *Muchos pacientes sabemos que han tenido un episodio psicótico, o que esa persona estuvo ingresada tres meses, se pidió el alta, se le perdió la pista hace cinco años y ahora vuelve con nosotros. O nos encontramos con personas con un trastorno mental puro, activo, no diagnosticado (…) con trastornos delirantes o problemas de salud mental severos que detectamos en primera instancia (…) es la evaluación inicial.* [01:16:56.640]

El Programa Puente Extendido surge en Cantabria, en el año 2014, con el objetivo de prevenir la entrada en prisión de las personas con un TMG que han de cumplir una pena o medida alternativa a la prisión, ofreciéndoles la oportunidad de acompañarlas en el cuidado de su salud y de su situación social, en la medida de sus capacidades individuales.

Tras esta primera valoración, es posible que la persona entre o no en el programa. Si entra en el programa, **se elabora un plan individualizado con el objetivo de mejorar su salud y situación sociosanitaria.**

> *Hacemos un plan (…) con unos objetivos (…) sistematizados que puede ser una cita con salud mental (…) solicitar empleo o actividades laborales (…) en función del funcionamiento de la persona (…). Se trata de acciones de mejora de su salud y de mejora de su situación sociosanitaria como forma de cumplimiento.* [01:18:47.970]

Primero, se trabaja en **resolver las necesidades más urgentes**, como son la provisión de alimentos, de alojamiento, de acceso a asistencia sanitaria, el ajuste necesario del tratamiento farmacológico.

> *Pues vamos trabajando un poco pues acceso a la salud, habitacional, alimentos, eso es una parte muy importante que debiera de cumplir. Esto retiene muchísimo a los pacientes.* [01:18:01.860]

A continuación, es necesario incentivar a la persona a quedarse y a comprometerse con el programa.

> *Les ofrecíamos entrar en el programa y cumplir la pena a través del programa, en lugar de hacer esas tareas de utilidad pública (…) la acogida de las personas fue extraordinaria.* [00:21:03.440]

En este momento, **es fundamental que el equipo sociosanitario pueda transmitir a la persona sensibilidad**, capacidad para **distinguir el problema de salud** del problema judicial, el objetivo de **ayuda y de acompañamiento así como respeto y confidencialidad.**

> *Todos querían hacerlo porque veían que estaban en un contexto sanitario (…) estábamos fuera del propio servicio penitenciario, en un despacho aparte, totalmente confidencial, y toda la ejecución de la pena era confidencial, absolutamente (…) Íbamos informando de cómo iban cumpliendo, pero era confidencial absolutamente.* [00:21:03.440]

¿Qué resultados ha obtenido?

De acuerdo con estimaciones iniciales, en el 2017, de las 202 personas que declararon problemas de salud mental, 63 personas (31%), entraron en el programa y de estas el 5% incumplió y el 3% entró en prisión por delitos anteriores y penas acumuladas (13).

> *Nos permitió retener a más de un 92% de personas en el programa.* [00:28:41.130]

Entre 2019 y 2021 de un total de 548 personas cribadas, se detectaron problemas relacionados con el abuso de sustancias y conductas adictivas en 264 (48,2%) y sospecha de TMG en 44 personas (8,3%) (14).

De este modo, el programa **ha evidenciado problemas graves de salud mental**, sin diagnóstico que habían pasado inadvertidos previamente, y ha permitido **incorporar al sistema sanitario a estas personas e iniciar acciones de tratamiento**, evitando su entrada en prisión o la imposición de nuevas penas.

Con el transcurso del tiempo, se ha establecido una relación sólida entre el ámbito sociosanitario y el ámbito judicial de tal modo que en la sentencia de conformidad se indica expresamente 'Se cumplirá el Programa Puente Extendido'. "

> ***Creo que eso ya es una inversión en personas que de otra manera hubieran entrado en prisión. En una gran medida es una inversión en salud".*** *[00:30:00.810]*

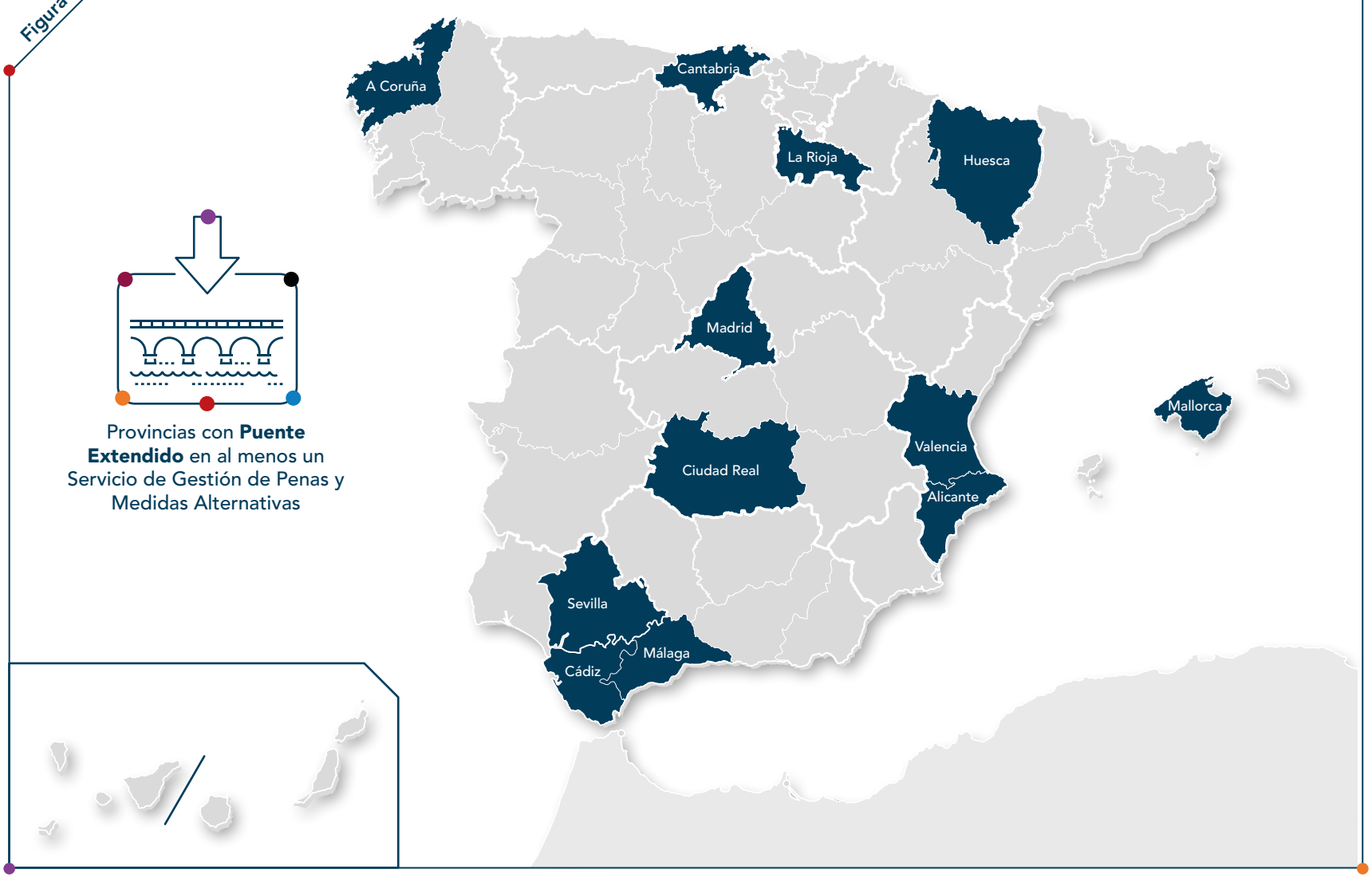
El Programa Puente Extendido se ha replicado en otras CCAA de tal modo que en el año 2022 existen alrededor de 15 iniciativas vigentes, con distinto grado de implementación (Figura 11.3).

En Cantabria, el Programa Puente Extendido ha conseguido:

- *Evidenciar problemas graves de salud mental, sin diagnóstico previos*
- *Incorporar al sistema sanitario a estas personas*
- *Iniciar acciones de tratamiento en estas personas*
- *Evitar la entrada en prisión o la imposición de nuevas penas.*

Figura 11.3

Provincias con Programa Puente Extendido en España



¿Qué ocurre cuando la persona judicializada finaliza el Programa Puente Extendido?

> *Hay muchas personas, pero muchas que no quieren abandonar el programa cuando han terminado. Los que están bien enganchados, no se quieren marchar…pues es un programa tremendamente, extraordinariamente bien acogido, porque personalizamos y porque nos ponemos en el papel de la persona, en lo que le está pasando.* [01:20:15.990]

El seguimiento en la comunidad de la persona con un TMG que ha cumplido su pena o medida alternativa a la prisión y/o que ha terminado su tránsito por el Programa Puente Extendido **es errático y dependiente de la sensibilidad social y de la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios en la comunidad** (8). Requiere de una coordinación y modelo de funcionamiento en red de los recursos sociosanitarios que en Cantabria no se ha cumplido hasta el año 2022.

> *Requiere un trabajo en red, se tiene que trabajar de manera coordinada.* [01:27:24.290]

Se propone que tan pronto como una persona con un TMG sea detectada en algún punto del **sistema de atención sociosanitario** pueda continuar a través de una ruta asistencial **en red**, donde la figura del gestor de casos, como el enfermero, es fundamental. Este ha de estar en el ámbito de salud mental, ser la figura responsable de acompañar a esa persona en su itinerario y de supervisar su seguimiento para facilitar el cumplimento del tratamiento, farmacológico y no farmacológico y la provisión de la asistencia sanitaria y social necesaria, para intervenir lo más precozmente posible y prevenir recaídas tanto del trastorno mental como de la comisión de nuevos delitos. Cualquier punto de esa red asistencial ha de servir para identificar a una persona con cualquier patología psiquiátrica mayor con alta disfuncionalidad, sea el Programa Puente Extendido, el servicio de urgencias o la sala de un hospital o un servicio ambulatorio de asistencia sanitaria o social, y desde cualquiera de estos puntos, la persona debería entrar en la red de cuidados acompañada por la figura del gestor de casos (8).

> *Una ruta asistencial en la cual ese paciente esté conectado a esa red de manera continuada y segura, de manera que si esa persona, se desconecta de la red, tuviéramos una alerta (…) Es muy fácil, es muy probable que la persona se complique porque esa es la esencia del trastorno mental grave (…) que vuelva a tener otro problema legal. Ahora mismo no tenemos esa ruta como tal, pero hemos trabajado mucho en ella y la queremos implementar.* [01:28:24.960]

¿Qué barreras existen para la continuidad asistencial en la comunidad de la persona judicializada con un TMG?

Uno de los factores clave que explica la discontinuidad en la asistencia sociosanitaria de estas personas es la **ausencia de integración de los servicios de salud penitenciaria en la**

administración autonómica (8). **En Cantabria, se comparte la historia clínica electrónica y la información en salud entre el sistema sanitario público y el sistema sanitario penitenciario** tal y como lo establece el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud[1] (15).

Sin embargo, la gestión segura de los datos de salud y la preservación de la confidencialidad es un desafío importante dado que permitir el acceso a la historia clínica autonómica a una organización como la sanidad penitenciaria dependiente del Ministerio del Interior que está fuera del sistema público de salud, que cuenta con su propia red de comunicación, cerrada y blindada al exterior, es una barrera muy importante[2]. Su superación requiere de un gran esfuerzo y compromiso conjunto de las administraciones, decisores políticos, y profesionales responsables.

La continuidad asistencial en la comunidad de la persona judicializada con un TMG resulta un desafío por la ausencia de integración de los servicios de salud penitenciaria en la administración autonómica.

Adicionalmente, **son necesarios recursos humanos y estructurales en la comunidad para garantizar la continuidad asistencial de las personas con un TMG** tras el cumplimiento de la pena o medida alternativa y/o del Programa Puente Extendido.

> ***Hacen falta personas. Las personas somos la fuerza de las organizaciones. Sin duda.*** [00:46:15.200]

Dotar de profesionales a ámbitos como trabajo y coordinación social así como al ámbito de la psicología clínica es fundamental para el funcionamiento adecuado de los recursos y procesos asistenciales sociosanitarios en la comunidad. Servicios hospitalarios, centros de atención primaria, centros de atención a la salud mental, CIS, y organizaciones sin ánimo de lucro funcionan actualmente con recursos y coordinación mínimos para atender a las necesidades de este colectivo (8).

> *La integración social es una gran necesidad…hacer un trabajo (…) más de acompañamiento; estamos cumpliendo los mínimos (….) sanidad tiene que ir a la comunidad necesariamente (…) no somos capaces de detectar los incumplimientos con suficiente antelación (….) tenemos que desplegar personas con una cierta formación técnica, social, psicológica, trabajar mucho la comunidad, porque la inmensa mayoría de las personas judicializados, no están en prisión, están fuera de prisión (….) tenemos que mejorar ahí, hacer más inversión en recursos humanos y conseguir que no fallen estas penas.* [00:51:38.770]

Así, el programa Puente Extendido en Cantabria requiere aún de la superación de diversos desafíos que se resumen en la figura 11.4.

[1] De acuerdo con dicho artículo y *"con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con las CCAA, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione"* (15). [2] En este sentido, la Agencia Española de Protección de Datos, en su informe 018/2006, relativo a tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria, establece que *"debe indicarse que los servicios de salud penitenciaria han de ser considerados como establecimientos sanitarios incorporados al sistema nacional de salud, a los efectos establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud"*. Además *"no será necesario el consentimiento del interno para que el personal sanitario penitenciario pueda consultar los datos que pudieran existir en el fichero centralizado de historias clínicas de un determinado sistema de salud autonómico"* (18) respetando siempre el principio de proporcionalidad(19).

Figura 11.4

Desafíos para la continuidad del Programa Puente Extendido para la prevención del ingreso en prisión de las personas judicializadas con un TMG y una pena alternativa

1 Valorar los recursos necesarios

¿tenemos medios propios suficientes? [00:42:55.640]

¿puedo con este proyecto, con mis medios? Si no puedo ¿puedo tener alguna entidad intermedia o intermediaria? entidades de tercer sector que puedan actuar en el cuidado de la salud mental y el acompañamiento. [00:44:02.720]

2 Sensibilización y solidaridad social: involucrar activamente a la comunidad sanitaria y sociosanitaria

son personas que cumplen penas y medidas en la comunidad por lo que la intervención tiene que ser en la comunidad, de los servicios de salud, de los servicios sociosanitarios, que tienen que ver que es una gran inversión trabajar con una población en exclusión, que les tenemos todos que atender [00:26:43.020]

conseguir que cale a nivel de todas las comunidades autónomas [00:27:55.740]

3 Equidad: agilizar los procesos de visitas y derivación

intervenir de manera muy, muy directa y en muy pocos pasos, con muy poco recorrido … hacer en un paso o en dos pasos acciones de enganche, acciones de derivación, acciones de cita para que no se nos escape [00:27:55.740]

es una población que se va a escapar rápidamente del sistema si no intervenimos en ese momento [00:27:55.740]

tenemos que personalizar la atención sanitaria a las necesidades de la población [00:35:36.280]

4 Estigma: reproche social y prisión

las personas que tienen privaciones de libertad o privaciones de derechos, desde luego solamente comprenden a aquellos derechos que están afectados por la condena; el resto de los derechos de las personas que están judicializados están intactos, como todos…tenemos que decírselo a los agentes sanitarios y sociales [00:35:36.280]

5 Visualizar la vulnerabilidad

es una población muy invisible, invisibilizada. Y cuando se visibiliza, se visibiliza para cosas negativas en general [00:37:30.970]

en otros países, la situación de privación de libertad se ve con mucha más naturalidad que en nuestra sociedad y la comunidad está mucho más involucrada en participar, en trabajar con personas que tienen situaciones adversas… [00:35:36.280]

6 Transmitir valor

esta población al final enriquece a la comunidad, si está integrada en ella. Al final, la sociedad quiere lo que queremos todos: que haya menos delitos, que haya menos enfermedades… pues tendremos que trabajar en ello todos [00:37:30.970]

7 Fortalecimiento del trabajo en la comunidad

lo que sería espectacular es que directamente la propia sanidad, hiciera un programa específicos [00:45:14.390]

¿Cómo continúa?

En 2022, el Programa Puente Extendido en Cantabria cuenta con cinco profesionales a tiempo parcial que comprenden un coordinador de trabajo social, una psicóloga, y un mediador actuando en la comunidad, y una trabajadora social y una enfermera actuando en el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas.

Sus buenos resultados han inspirado la creación de nuevos programas como el Programa INTEGRA o el Programa REinventa. El primero surge de la necesidad de elaborar un programa marco con una estructura y filosofía similar, pero con vocación de atender a personas con discapacidad en el contexto de las medidas alternativas. Se encuentra implantado en los Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de Cantabria y Alicante desde el año 2018 (16).

En el año 2021, se puso en marcha el Programa REinventa para reforzar la actividad en la comunidad a través de ASCASAM (17), Salud Mental Cantabria[3]. El Programa REinventa se subvenciona con cargo a la asignación tributaria del 0,7% del IRPF, y se crea con el objetivo de fomentar el proceso de reinserción social de personas con problemas de salud mental sometidas a penas privativas de libertad. Siguiendo la metodología de atención centrada en la persona, el Programa REinventa tiene el objetivo de promover la autonomía personal de las personas que acceden al mismo, así como mejorar su calidad de vida, implicando tanto a la familia como a la propia persona en su proceso de reinserción, para lo cual se potencia el uso de recursos sociales, laborales y sanitarios de la comunidad (17).

Conclusiones

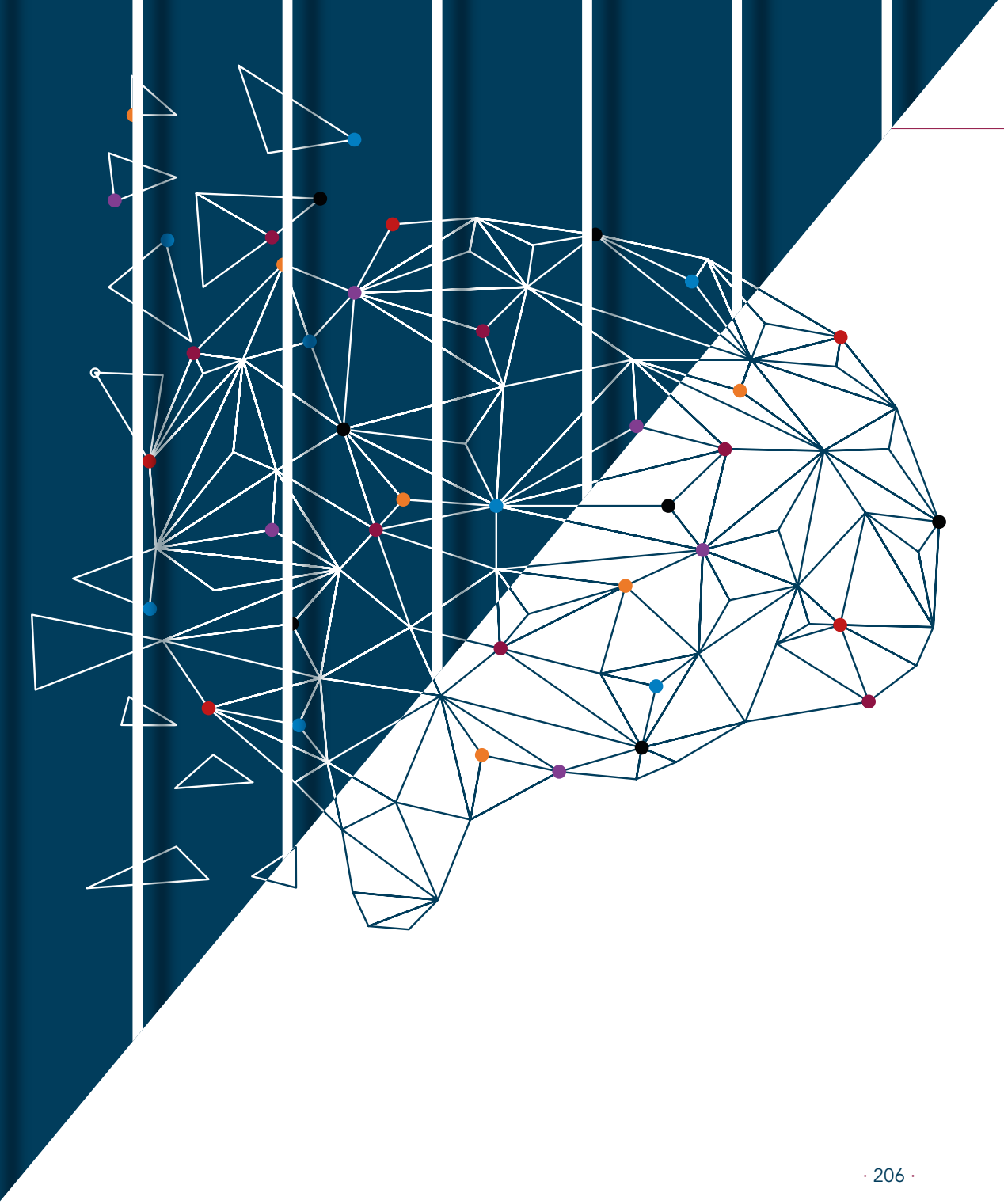
El Programa Puente Extendido se ocupa de las personas con un TMG que han de cumplir una pena o medida alternativa a la prisión. Tiene el propósito de prevenir su entrada en prisión ofreciéndoles la oportunidad de acompañarles si logran comprometerse e implicarse en el cuidado de su salud y de su situación social, en la medida de sus capacidades individuales (5). Su nacimiento fue consecuencia de la coincidencia en Cantabria en el año 2014, una enfermera licenciada en psicología y un médico, que ocupaban puestos de decisión y relación con niveles asistenciales superiores, inferiores y transversales, en el ámbito sanitario, social, judicial y penitenciario. Inquietud, perseverancia, motivación, voluntad y acción para generar cambios hicieron visible un problema hasta entonces postergado, y permitieron diseñar, proponer e implementar una solución factible, aprovechando las oportunidades y recursos humanos, estructurales y organizativos existentes en Cantabria en ese momento. El compromiso político fue el siguiente elemento necesario, seguido del reconocimiento por entidades y organismos de asistencia sanitaria y social en la comunidad, judicial y penitenciario, y de la aceptación por las personas para quienes se creó el programa. Integrar en la comunidad la asistencia sanitaria y social de las personas con un TMG es clave para la continuidad y el éxito definitivo del Programa Puente Extendido. Para ello es esencial que la asistencia sanitaria penitenciaria y la asistencia sanitaria en la comunidad de las personas penadas se integren definitivamente.

> *¿Cómo lo conseguimos en Cantabria? Pues, a base de insistir…a base de insistir.* [01:22:48.640]

[3] Se trata de una asociación sin ánimo de lucro y de utilidad pública constituida para promover y colaborar en la mejora de la calidad de vida y los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

Referencias

1. Consejo General del Poder Judicial - España. Estadística de Penas y Medidas Alternativas a la Prisión [Internet]. Datos penales, civiles y laborales. 2022 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-Penas-y-Medidas-Alternativas-a-la-Prision/
2. Albalate JJ. El trabajo en beneficio de la comunidad como alternativa a la prisión entre la aceptación y el rechazo. Rev Int Sociol. 2009;67(2):373-90.
3. Ministerio del Interior - Gobierno de España. Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/17/840/con
4. Gobierno de España - Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439
5. Mateo Soler M, Gómez de Tojeiro Roce J, Álvarez Crespo R, Fernández Modamio M, Bengoechea Ibaceta J, Fernández Iglesias P, et al. Programa Puente Extendido : salud mental en penas y medidas alternativas. Doc Penit 18 [Internet]. 2017 [citado 8 de noviembre de 2021];1-27. Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Programa_Puente_Extendido_126181012_web.pdf/4076a72a-88f8-4b49-badb-553d770325ba
6. Aebi M, Hashimoto Y. SPACE II – 2021 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Persons under the supervision of probation agencies -- Council of Europe [Internet]. 2021. Disponible en: https://wp.unil.ch/space/files/2022/06/SPACE-II_2021_Final_report_220614.pdf
7. Instituto Nacional de Estatística. Estadística de Condenados: Adultos / Menores. Año 2021 [Internet]. Condenados por sentencia firme - Año 2021. 2021 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176793&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
8. Mateo Soler M, Álvarez Crespo R. Progrma Puente Extendido 2.0 [Internet]. 2020. Disponible en: https://cendocps.carm.es/convocatorias/2019_M_MATEO_V8_4-3_LD.pdf
9. Gobierno de Cantabria - Consejería de Sanidad. El proyecto de investigación «Honest» detecta y trata casi un 4% de casos de hepatitis C entre la población condenada a penas alternativas de prisión [Internet]. 2019 [citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://saludcantabria.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=2032&cntnt01origid=139&cntnt01returnid=139
10. CIVIDAS. Qué es la Red SARA y para qué sirve [Internet]. Red SARA. 2021 [citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.cividas.com/que-es-la-red-sara-y-para-que-sirve/
11. Gobierno de España - Portal Administración Electrónica. Red SARA [Internet]. Centro de Transferencia de Tecnología. 2021 [citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://administracionelectronica.gob.es/ctt/redsara#.YzQRDnZByHs
12. Gobierno de España. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-2015-3439 2015 p. 121923-64. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf
13. Datos proporcionados por Dr. Miguel Mateo en la entrevista en profundidad para este Libro Blanco (19 de mayo de 2022).
14. Cabezas J, Llerena S, Mateo M, Álvarez R, Cobo C, González V, et al. Hepatitis C Micro-Elimination beyond Prison Walls: Navigator-Assisted Test-and-Treat Strategy for Subjects Serving Non-Custodial Sentences. Diagnostics (Basel, Switzerland). mayo de 2021;11(5):Artículo 877.
15. Gobierno de España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesion y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-2003-10715 2003 p. 1-46. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf
16. Ministerio del Interior - Secretaria General de Instituiciones Penitenciarias. Informe General 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/informe-general-de-instituciones-penitenciarias
17. Confederación Salud Mental España. ASCASAM pone en marcha el Programa REinventa dirigido a personas judicializadas con problemas de salud mental [Internet]. Noticias. 2021 [citado 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/ascasam-programa-reinventa-personas-judicializadas/
18. Gobierno de España - Ministerio del Interior. Resolución de 20 de enero de 2022, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y el Servicio Gallego de Salud, en materia de asistencia sanitaria a personas privadas de li [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-2022-1028 2022 p. 7531-45. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1028
19. Agencia Española de Protección de Datos. Tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria. Informe 018/2006 [Internet]. Agencia Española de Protección de Datos. 2006 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.aepd.es/es/documento/2006-0018.pdf



CAPÍTULO

12

TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS DE SANIDAD PENITENCIARIA AL PAÍS VASCO: LA EXPERIENCIA DE LA TRANSICIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El contenido de este capítulo describe el punto de vista de dos profesionales sanitarios que trabajan en los Centros Penitenciarios de Maturtene y Zaballa, sobre las oportunidades y necesidades aún por resolver desde la transferencia de competencias de sanidad penitenciaria al País Vasco.

Una médica penitenciaria y un médico psiquiatra participaron en una entrevista grupal que tuvo lugar el 19 de julio de 2022, con una duración de 1 hora y 40 minutos. La experiencia que se resume en este capítulo puede servir para informar la toma de decisiones y planificación en las CCAA aún pendientes de solicitar la transferencia de sus competencias.

Transferencia de competencias de sanidad penitenciaria en el País Vasco

En el País Vasco, la transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria tuvo lugar en el año 2011 (1). **Al asumir las competencias, el País Vasco aceptó el deber de garantizar los derechos de las personas internas como usuarias de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso**, incluyendo las actividades sanitarias de índole médico-legal contempladas en la legislación penitenciaria (2).

Por parte de Instituciones Penitenciarias, se traspasaban estas funciones y el personal afectado de los tres centros penitenciarios del País Vasco: Nanclares de la Oca (trasladado en diciembre de 2011 al centro de Zaballa), que atendía a 721 personas internas, y los de Basauri y Martutene, con 392 y 380 personas internas, respectivamente, totalizando 1493 personas privadas de libertad. Se transfirieron 43 profesionales, incluyendo a 16 médicos, 19 enfermeros, 1 farmacéutica y 7 auxiliares de clínica (2).

La primera decisión fue **convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud, equiparándolos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios** e integrándolos a todos los efectos (2). La denominación de los centros de salud operando en los centros penitenciarios fue similar a la de los restantes centros de salud, añadiéndole las siglas CP de centro penitenciario: Centro de Salud de Zaballa CP, Centro de Salud de Martutene CP y Centro de Salud de Urbi-Basauri CP. Además, se les asignó un hospital de referencia: Hospital de Santiago (Álava), Hospital de Basurto (Vizcaya) y Hospital Donostia (Guipúzcoa) con toda su capacidad diagnóstica y terapéutica (3). El personal sanitario se transfirió a *Osakidetza* (Servicio Vasco de Salud) con el mismo estatus, nombrándose responsables en cada uno de los centros, y estableciéndose los mecanismos para la cobertura de vacantes y sustituciones (2).

Competencias de sanidad penitenciaria: oportunidades

Igualdad de condiciones laborales para los profesionales sanitarios del medio penitenciario

Debido a que toda la asistencia médica sanitaria, incluida la penitenciaria, depende de *Osakidetza*, la **transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria ha facilitado la cobertura de puestos de trabajo.** Los profesionales médicos están en el mismo "*pull*" de sustituciones independientemente de que trabajen en centros de salud penitenciarios o en centros de salud en la comunidad.

> *No hay posibilidad de que alguien diga: no quiero trabajar en Zaballa, pero sí en un centro de salud mental en el centro de la ciudad Vitoria, porque lo sacan de lista si rechaza un contrato.* [00:58:01.410]

La transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria a Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) ha facilitado la cobertura de puestos de trabajo y equiparado las condiciones de trabajo (salarios e incentivos) entre los profesionales sanitarios que trabajan en centros de salud penitenciarios y los que trabajan en centros de salud comunitarios.

También ha mejorado la percepción que tienen los profesionales sanitarios de sus condiciones de trabajo. En experiencia de los entrevistados, los médicos de atención primaria que trabajan en los centros penitenciarios parecen satisfechos con su trabajo; hay **equiparación de salarios y los mismos incentivos profesionales en los centros penitenciarios y en los centros de salud comunitarios**, con facilidades y dificultades para el ejercicio de la profesión, similares y compartidas.

> *Están contentos de su trabajo, porque, de hecho, durante todos estos años que llevan muchos, podrían haber pedido un traslado por su edad y méritos, y ninguno lo ha hecho o raramente se ha hecho (…) Entonces cuando ha habido falta de especialista, (…) sea de medicina de familia o en psiquiatría o enfermería, ha sido por bajas. Pero como sucede en el resto de la sanidad pública, que, en estos momentos, sobre todo en primaria, tiene un problema gravísimo de sustituir las bajas porque no hay pull de médicos para sustituir.* [00:58:01.410]

Tradicionalmente, los centros penitenciarios han sido poco atractivos como lugar de trabajo para los profesionales sanitarios (4) por el estigma y la situación de peligro que se les suele asociar. Sin embargo, de acuerdo con el relato de los profesionales, el trabajo en los centros penitenciarios puede ser gratificante.

> ***Es un trabajo agradable. Es decir, lo que pasa que está impregnado del estigma de la prisión y del prejuicio de la prisión, de que uno se va a encontrar psicópatas***

> ***y asesinos muy desagradables. Y luego, en la práctica, no es así. Es decir, hay psicópatas, sí; hay asesinos y hay otras cosas no tan graves, pero en general es un paciente más agradecido que el que uno se encuentra en la calle.*** [01:00:24.630] ”

Se han mejorado los sistemas de libranzas de guardias para hacerlos convenientes, favorables y flexibles así como la carga asistencial para adaptarla a la capacidad asistencial de los centros penitenciarios.

> “*Es gente muy demandante. Sí, de acuerdo, pero es gente agradecida que muchas veces lo único que quieren es que los escuches, contarte un poco su vida y bueno, y eso lo agradecen mucho.* [01:01:50.200] ”

Además, se trata de un entorno dinámico, estimulante desde el punto de vista intelectual, científico y humano.

> “*El trabajo en prisión es tremendamente agradable desde el punto de vista humano y luego científico. Es decir, las cosas que uno ve allí, pues son, en algunos casos similares a las que encuentra en la calle; otras, son distintas por la especificidad de la persona que llega a nosotros. Pero es interesante, no es una patología aburrida, hay de todo desde el punto de vista médico y psiquiátrico. Y eso hace que intelectualmente también pues el trabajo atrae.* [01:00:24.630] ”

El mapa de la figura 12.1 muestra los principales equipos asistenciales disponibles en el momento de elaborar este Libro Blanco en las 3 provincias del País Vasco.

Historia clínica única electrónica

Como parte de *Osakidetza*, la historia clínica única electrónica (Osabide®) es compartida entre centros de salud penitenciarios y centros de salud y hospitales comunitarios, de tal modo que se favorece la transferencia de la información clínica y terapéutica de las personas judicializadas dentro y fuera de los centros penitenciarios (5). Al sistema Osabide® se asocia el sistema de prescripción electrónica que permite obtener un listado completo de los medicamentos que está tomando el paciente, y disponer de una historia farmacoterapéutica revisada y actualizada. Además, desde el año 2020, el Gobierno Vasco ha facilitado la dispensación de medicamentos por los profesionales de enfermería que trabaja en los centros de salud mental extrahospitalaria, entre otros recursos asistenciales (6).

Transferencia de competencias penitenciarias

Con la transferencia posterior de las competencias penitenciarias en 2021 (7), se ha producido un **reagrupamiento de personas privadas de libertad naturales del País Vasco** que estaban en centros penitenciarios en otras CCAA hacia el País Vasco que ha modificado el perfil usual de las personas internas.

> “*Hemos tenido un período de… una llegada muy intensiva de personas que estaban distribuidos en otros centros penitenciarios [españoles] en la medida en que cada vez están llegando más presos, cuyo lugar de residencia estable, antes de ser privados de libertad, era el País Vasco...* [00:07:34.770] ”

Figura 12.1

Equipos asistenciales disponibles en los centros penitenciarios del País Vasco (año 2022)

1. Centro Penitenciario de Basauri[a]

Total personas internas
n 260

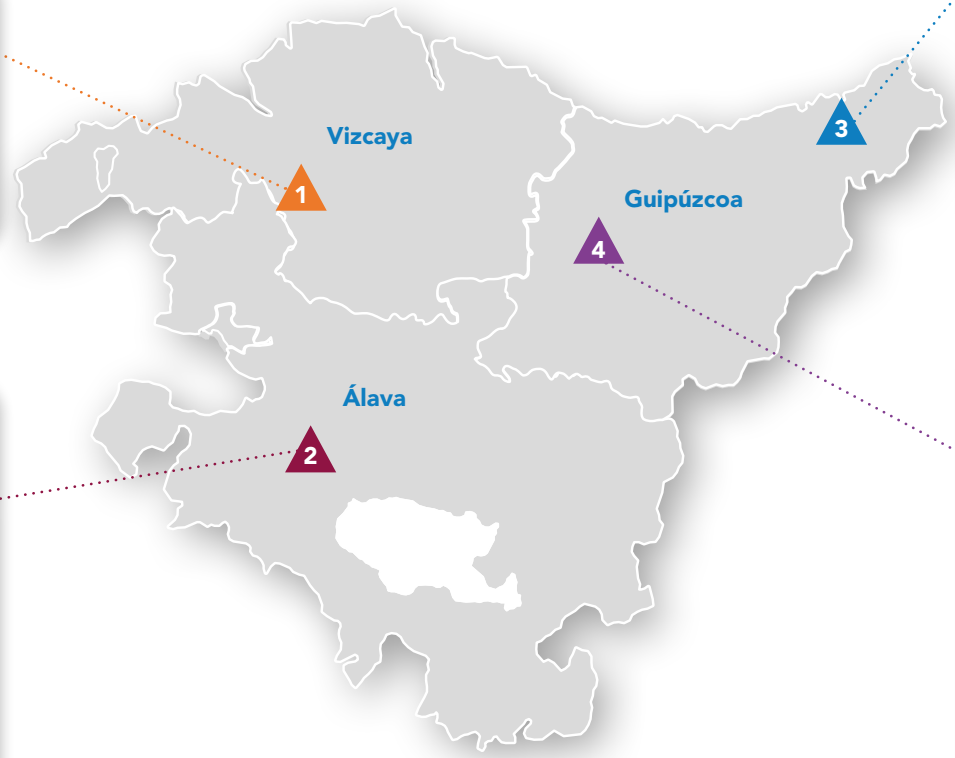
Equipo asistencial
- 3 médicos/ as atención primaria
- 1 médico/a psiquiatra*
- 2 enfermeros/as

*Médico/a psiquiatra jubilado/a

2. Centro Penitenciario de Zaballa, Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario[a]

Total personas internas
n 800

Equipo asistencial
- 6 médicos/as atención primaria
- 3 médicos/as psiquiatras
- 5 enfermeros/as (3 especialistas
- en salud mental, 2 generales)
- 8 auxiliares enfermería
- 1 psicólogo/a clínico
- 1 farmacéutico/a



3. Centro Penitenciario de Martutene[a]

Total personas internas
n 300

Equipo asistencial
- 3 médicos/as atención primaria
- 1 médico/a psiquiatra*
- 1 psicólogo/a clínico**
- 4 enfermeros/as
- 2 auxiliares enfermería· Enfermería

*Médico/a psiquiatra ~7 horas semanales
**Psicólogo/a clínico ~14 horas semanales

4. Unidad de Psiquiatría Legal (UPL) Hermanas Hospitalarias en hospital de salud mental, Aita Menni[b]

Total plazas
n 20

Duración de la estancia estimada
- 6 meses con posibilidad de prórroga de otros 6 meses

Especialidades asistenciales
- Psiquiatría
- Psicología
- Trabajo Social
- Medicina Interna
- Enfermería
- Auxiliares de enfermería

[a] Datos extraídos del grupo focal País Vasco celebrado el 19 julio 2022
[b] Unidad de Psiquiatría Legal - Hermanas Hospitalarias Aita Menni [Internet]. [accedido en 2023 Mar 22]. Disponible en: https://www.aita-menni.org/es/unidad/unidad-psiquiatria-legal-mondragon/

Una proporción importante de las personas privadas de libertad que han vuelto al País Vasco pertenecen a la organización terrorista ETA *(Euskadi Ta Askatasuna)* entre quienes, de acuerdo con los entrevistados, los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias son menos frecuentes que entre la población penitenciaria habitual.

Se redujo también la rotación de las personas internas, especialmente de aquellas con un TMG de tal modo que las personas permanecen más tiempo o cumplen sus condenas en los centros penitenciarios vascos. **La menor rotación beneficia a la asistencia sanitaria de la población penitenciaria** general, especialmente a aquella con necesidades altas de cuidados de su salud mental. Favorece el seguimiento y la planificación de las intervenciones terapéuticas, y mejora la eficiencia de la provisión de cuidados.

> *También ha bajado la rotación: antes había una rotación muy alta, la gente que entraba, venía, salía, estaba…los presos tampoco salen ya de las cárceles nuestras o salen en menor proporción [hacia otros centros penitenciarios].* [00:07:34.770]

Reorganización de recursos

Sin embargo, programas como el PAIEM, concebidos para operar en un contexto de escasos recursos asistenciales psiquiátricos (2) pierden relevancia cuando se disponen de recursos especializados como es el caso de la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa. Así, en experiencia de los entrevistados, **es necesario reorientar los contenidos y objetivos del PAIEM para integrarse como un elemento del servicio de salud mental** (2).

Competencias de sanidad penitenciaria: necesidades en proceso de resolver

Valoración forense psiquiátrica

La adecuada y oportuna valoración de las personas judicializadas por profesionales especializados en psiquiatría forense, tanto en el momento de la definición como en la revisión de las condenas, ocurre erráticamente. En consecuencia, hay personas judicializadas con un TMG que permanecen internas en recursos penitenciarios poco idóneos, y reingresos reiterados en prisión, tal y como se describe también en centros penitenciarios de CCAA sin competencias transferidas.

> *Cuántas veces vienen, un preso con un diagnóstico claro psiquiátrico y ningún forense le ha visto, pues porque no se han molestado en preguntar qué es lo que pasa con este hombre para que esté aquí, para que acabe otra vez en la cárcel…Creo que eso nos está costando a pesar de la transferencia.* [00:26:11.380]

Hospitalización por reagudización de un trastorno mental

Aún están pendiente de implementación mecanismos ágiles para la valoración, decisión, y derivación de las personas internas con un TMG u otro problema serio de su salud mental que sufren una reagudización de sus síntomas y que requiere hospitalización en

psiquiatría, incluyendo la aplicación del artículo 60 del Código Penal (8) cuando es necesario (9).

En consecuencia, las personas internas con un TMG reagudizado que requieren hospitalización psiquiátrica siguen un proceso de derivación significativamente más lento si se los compara con el de otras personas internas con patologías agudas no psiquiátricas que también requieren hospitalización.

> *Si un preso tiene una apendicitis aguda no vamos a tener que esperar el dictamen de la Junta de Tratamiento ni la valoración de un médico forense que se va a tener que desplazar a la prisión. El médico [del centro penitenciario] dictamina que tiene que ser trasladado urgentemente al Hospital General más cercano; allí va y allí es intervenido, evaluado o lo que sea [necesario]. Ahora, si esa enfermedad se llama esquizofrenia, está descompensada, o se llama trastorno bipolar y está deprimido o está maníaco, los problemas burocráticos dependientes del mundo de la justicia y dependientes del propio Osakidetza lo convierten en una tarea casi hercúlea…Y ese problema, es decir, esta falta de agilidad para la hospitalización de personas con enfermedad mental, insisto, es el problema; uno de los temas pendientes que tenemos más grandes.* [00:38:27.060]

Hospitales psiquiátricos penitenciarios

En el País Vasco, aún no se dispone de recursos de hospitalización de media-larga estancia para las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los que pueda permanecer el tiempo necesario hasta el control y estabilización adecuada de los síntomas.

> ***Recursos hospitalarios psiquiátricos donde una persona puede estar desde 15 días a varios meses, no hay ninguno.*** [00:32:08.870]

Cada provincia vasca ha procurado dar solución a este problema de manera distinta, empleando recursos hospitalarios específicos de psiquiatría o generales.

> *En Álava, por ejemplo, en la unidad de agudos del Hospital General, hay una habitación dentro de la propia unidad de agudos [del servicio de psiquiatría] donde se tolera esto y ahí sí que puede haber una [hospitalización] pero no mucho tiempo. Es decir, nos suelen dar altas demasiado prematuras (...) En Vizcaya no hay tal cosa. Y en Guipúzcoa creo que no hay tal cosa.* [00:32:08.870]

A pesar de la transferencia de las competencias en sanidad penitenciaria, 12 años después, sigue siendo significativa la escasez de recursos públicos para la hospitalización de media-larga estancia y la asistencia sociosanitaria en la comunidad de personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

> *Vizcaya tiene una unidad penitenciaria que consiste en dos o tres habitaciones en el hospital de Basurto, que son celdas…están incluidas dentro del propio hospital de Basurto. Por lo tanto, ¿quién suele ir allí? Pues cuadros agudos o personas [con un problema de su salud mental] privadas de libertad para quienes el juez estima que necesitan un adecuado reconocimiento forense por parte de un psiquiatra, entonces están allí, pues semanas hasta que se produce dicha evaluación psiquiátrica. En Álava también existe este recurso en el hospital de Txagorritxu, es decir, celdas dentro del propio hospital, donde están separados del resto de plantas y donde discretamente pueda haber presencia policial, sin que esto suponga un elemento distorsionador para la vida hospitalaria. Pero que están más pensadas para patologías médicas que psiquiátricas.* [00:30:58.400]

No obstante, la presencia de custodia policial en unidades psiquiátricas u hospitales generales no penitenciarios cuando ingresa una persona interna con un TMG distorsiona la idiosincrasia sanitaria y representa un elemento de estrés para las personas no judicializadas tratadas en la misma unidad u hospital.

> *En el psiquiátrico pues las custodias policiales de uniforme por los pacientes ingresados se llevan muy mal. Entonces nosotros siempre que necesitamos que alguien esté unos días en agudos es que no podemos hacerlo, no podemos hacerlo porque nos lo devuelven.¿ Por qué? Porque la ertzaina no puede dejar sin vigilancia y el psiquiátrico no deja que esté la ertzaina. Entonces ahí ya se cae una una normativa.* [00:24:58.690]

Ante la escasez de recursos específicos, se recurre a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante o Sevilla.

> *El problema de la hospitalización del paciente con enfermedad mental grave y privado libertad, que, al no haber una solución para ellos, pues al final recurrimos a parches como es esta unidad [Aita Menni] o enviarlos a Fontcalent o a Sevilla.* [01:16:27.490]

Sin embargo, estas hospitalizaciones fuera del País Vasco al que pertenecen, perjudica la recuperación de la salud mental de las personas internas por el desarraigo que sufren.

> *Los quitan de su entorno social, de su entorno familiar, de su entorno cultural y vuelven fatal…porque están desarraigados del todo.* [00:39:39.640]

Varios hospitales psiquiátricos no penitenciarios son concertados como es el caso del Hospital San Juan de Dios que pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (10). Está ubicado en Mondragón (Guipúzcoa) y presta servicios intrahospitalarios, principalmente de hospitalización, a la población psiquiátrica que necesita de un internamiento temporal de larga duración. Se lo considera un dispositivo de hospitalización de larga estancia dentro de la red asistencial de salud mental en la comunidad (10).

Unidad de Psiquiatría Legal en el Hospital de las Hermanas Hospitalarias, Aita Menni

La Unidad de Psiquiatría Legal de las Hermanas Hospitalarias se emplaza en el Hospital Aita Menni, de atención a la salud mental, a la discapacidad intelectual, al daño cerebral y a personas mayores en situación de dependencia (11). Está situada en Mondragón, en Guipúzcoa, y fue inaugurada en el año 2013 como resultado de la colaboración del Hospital Aita Menni, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y la Audiencia Provincial de Guipúzcoa (11). Se trata de una unidad judicial de hospitalización en la que, en experiencia de los entrevistados, la restricción a la libertad de las personas internas es más severa que en un centro penitenciario estándar.

> *Es una cárcel súper restrictiva.* [01:16:45.400]

Tiene 20 habitaciones individuales y está destinada a personas con un TMG confirmado que han de cumplir una medida de seguridad establecida en una sentencia judicial, por su implicación en actos delictivos de relevancia como consecuencia de su trastorno psiquiátrico (12). Quedan excluidos del ingreso en esta unidad los casos de toxicomanía como diagnóstico único y los trastornos de personalidad, especialmente los de tipo antisocial y paranoide (11).

Se trata de un dispositivo sanitario dependiente del Departamento de Justicia a todos los efectos (12). Por lo tanto, cualquier gestión que sea necesario llevar a cabo (tales como ingresos, traslados, realización de pruebas complementarias, salidas temporales, actividades extra-asistenciales, entre otros) requiere del permiso judicial correspondiente (12).

En la experiencia de los entrevistados, la derivación de una persona interna desde un centro penitenciario vasco requiere de la pertinente valoración por las juntas de tratamiento y los juzgados de vigilancia penitenciaria a través de un largo proceso.

> *Con lo cual, desde que uno se plantea la necesidad médica de un ingreso hasta que éste puede ser realizado, pasan meses.* [01:16:08.740]

El tiempo de estancia en la Unidad de Psiquiatría Legal depende de la duración de la medida de seguridad y la valoración judicial posterior correspondiente, en coordinación con la Delegación Territorial y el equipo asistencial de la propia unidad (12). La duración máxima estimada es de 6 meses, prorrogable por períodos adicionales de otros 6 meses, previa autorización de la Delegación Territorial de Salud, tras la valoración del informe clínico justificativo (11). La estancia en esta unidad de una persona interna con un TMG puede ser costosa económicamente

> ***Cada paciente de ahí cuesta el valor de un piso en el centro de Bilbao, anda en torno a los 200.000€ y 400.000€ anuales, y esto lo paga Justicia y Osakidetza.*** [01:16:08.740]

El equipo asistencial cuenta con profesionales de psiquiatría, medicina interna, psicología, trabajo social, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapia ocupacional, y monitores (11). Desde su inauguración y hasta abril de 2019, se atendieron a un total de 56

personas internas. Esquizofrenia fue el diagnóstico más prevalente, en la mayoría de los casos asociado al consumo de sustancias (12).

El éxito de su implementación ha estado determinado por el elevado nivel de interrelación asistencial y funcional existente entre las tres partes involucradas, incluyendo al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, la Dirección Asistencial de Sanidad del Gobierno Vasco y el Hospital Aita Menni. El Servicio Vasco de Gestión de Penas, que depende de la Consejería de Justicia, ha sido también imprescindible para el funcionamiento adecuado de esta unidad (12).

Uso de fármacos

Las personas judicializadas con un TMG que están en los centros penitenciarios consiguen tomar dosis de fármacos depresores del sistema nervioso central muy superiores a las que tomarían estando en libertad (13). En su tercer eje estratégico para la implantación del modelo penitenciario en Euskadi, el Gobierno Vasco se propone cumplir con el auto de 7 de octubre de 2020 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria sobre la dispensación de los medicamentos-psicofármacos en los centros penitenciarios (14). Este auto surgió como consecuencia de incidentes graves que ocurrieron en centros penitenciarios vascos debido al consumo y tráfico de medicamentos psicoactivos sin la debida supervisión (15).

Sin embargo, y como sucede en otros centros penitenciarios ordinarios de España, este es un problema que aún no se ha resuelto en todos los centros penitenciarios vascos debido a una cultura pobre de uso racional de medicamentos, a la falta de acuerdo entre profesionales sanitarios, y especialidades médicas, y de coordinación entre centros penitenciarios para adoptar prácticas de prescripción que eviten la sobremedicación en estas personas.

La implementación del tratamiento directamente observado en los centros penitenciarios vascos ha regulado, en cierto modo, el consumo de fármacos y disminuido significativamente las complicaciones derivadas del sobreuso de medicamentos, pero sin terminar de resolver la adquisición a través del "mercado negro" dentro de la prisión.

> *A ver… sigue habiendo fraude, pero ha bajado muchísimo el número de complicaciones desde que esto se implantó, muchísimo.* [00:53:39.420]

Adicionalmente, en el Centro Penitenciario de Zaballa se ha iniciado un programa para la simplificación de tratamientos psicotrópicos y con alto potencial de abuso de las personas internas en el que están involucrados tanto el equipo de atención psiquiátrica como el de atención primaria.

Organización y protocolización

Aunque ha transcurrido más de una década desde las transferencias en sanidad penitenciaria, la transferencia de información y la coordinación de la actividad entre las áreas de justicia y sanidad aún requieren orden, protocolización y coordinación. Son igualmente, necesarios implementar planes de formación de los profesionales sanitarios que han de incorporarse a los centros penitenciarios.

> *Se está trabajando en grupos [por ejemplo] con la coordinación de Atención Primaria de Osakidetza se están formando diferentes grupos, para la gente que llega nueva…porque, por ejemplo…[en nuestro centro] de toda la vieja escuela de Instituciones Penitenciarias solamente ha quedado un enfermero; el resto ya nos hemos jubilado todos, con lo cual se está surtiendo de gente nueva de Osakidetza, que no tiene ni idea de las cárceles. Y eso es un problema.* [00:09:41.190]

Se evidencia la pobre coordinación entre las actuaciones de justicia y sanidad cuando se producen salidas en libertad sin la comunicación necesaria con el equipo sanitario tratante. Se priva, así, a la persona judicializada de llevar consigo su resumen médico, su plan de tratamiento o la correspondiente derivación a los centros de salud comunitarios que garanticen la continuidad de sus cuidados.

En el País Vasco, sigue siendo necesario construir una red eficazmente coordinada entre los agentes judiciales, forenses, sanitarios y penitenciarios para favorecer la continuidad y el seguimiento de los cuidados de la salud de las personas internas cuando salen a la comunidad o cuando necesitan una derivación a un recurso específico en la comunidad..

> *Hay un problema en las prisiones y es que hoy, a veces, hay libertades inmediatas que no te enteras de ellas. Se le llama salir al paso y resulta que ya se marchaba a su casa y se ha ido sin nada…a veces te enteras cuando están llamando de la farmacia, que van a por la medicación y no tienen.* [01:01:50.200]

En el caso de las personas con un TMG, las condiciones de salida en libertad se planifican para garantizar el seguimiento del tratamiento por el centro de salud de referencia en la comunidad.

Transferencia de la información

Durante la estancia en prisión, la manifestación y evolución de los trastornos mentales cambian debido a que hay menos elementos estresantes que en la comunidad.

> *Personas que en la calle necesitan dosis altas frecuentes, hospitalizaciones, múltiples fármacos. Todo esto en prisión desaparece. Hay menos. Es un ambiente más regulado, menos estresante.* [01:09:50.720]

Si bien el entorno penitenciario favorece el aislamiento social que incrementa el riesgo de ciertos trastornos mentales, cuando el trastorno mental ya está establecido éste mejora con el distanciamiento de elementos disfuncionales del entorno familiar del individuo, o con la restricción en el acceso a sustancias de adicción o por la posibilidad de continuar un tratamiento que en libertad no se había seguido. La estancia en prisión de las personas

con un TMG permite a los profesionales sanitarios estar en contacto más regular y conocer más profundamente a la persona con necesidades altas de cuidados de su salud mental lo que posibilita un abordaje más holístico y un tratamiento farmacológico más adecuado a sus necesidades que en la comunidad.

La transferencia de este conocimiento a los centros de salud, y de salud mental, en la comunidad cuando la persona interna sale en libertad se está optimizando en el País Vasco. Son necesarios protocolización y sistematización para evitar que el éxito de la intervención dependa de la voluntariedad de los profesionales.

> *Y lógicamente todo este conocimiento, que es enorme, y hemos conseguido a base de meses y años de estancia con el paciente en prisión, tiene que ser adecuadamente transferido a quien luego se va a encargar del cuidado de esa persona en la calle. Y esto todavía no está articulado. Es decir, depende de la buena voluntad de que haga, por ejemplo, un buen informe, de que llame, que me ponga, pero sigue habiendo problemas.* [01:09:50.720]

De acuerdo con la percepción de los profesionales entrevistados, son necesarios protocolos de derivación o referencia que normalicen la comunicación directa que debe establecerse entre los profesionales sanitarios operando en los centros penitenciarios y los profesionales sanitarios trabajando en los centros de salud y de salud mental en la comunidad. Estos protocolos de gestión de la asistencia sanitaria de las personas con necesidades altas de cuidados de su salud mental deben también incluir a los servicios sociales tanto penitenciarios (juntas de tratamiento), como de *Osakidetza* y del tercer sector, que deben coordinarse. Han de establecer pautas básicas de funcionamiento, ordenación y transferencia de la información entre servicios y equipos asistenciales.

> *Problemas porque no estamos acostumbrados. Es decir, a veces llamo al centro de salud mental para hablar con el psiquiatra y me dice que está ocupado, que está con un paciente ya te llamará, no me llaman…le vuelvo a llamar, pero no me llama; sigue estando ocupado; pasan las semanas y el paciente un día ya está en la calle. Entonces lo más que se puede hacer es un buen informe. Pero hay una serie de información verbal, información cualitativa que le pueda ayudar el psiquiatra, que no se la puedo dar. ¿Por qué? Porque todo esto, insisto, no está protocolizado y esto es algo que tiene que mejorar.* [01:10:54.930]

En el País Vasco, la continuidad asistencial tiene connotaciones distintas dependiendo de los recursos disponibles en cada provincia. No obstante, el hecho de que *Osakidetza* sea una única organización pública proveedora de los servicios sanitarios está facilitando la gestión del seguimiento y la continuidad de la asistencia en la comunidad. En este sentido, los agentes implicados de las distintas provincias están trabajando coordinadamente en la implementación de protocolos que agilicen la derivación de estas personas a los recursos sociosanitarios de la comunidad.

Continuidad de la asistencia social en la comunidad

La continuidad de la asistencia social necesita especial revisión. Los trabajadores sociales responsables de la persona interna en el centro penitenciario no son trabajadores sociales de salud mental. Sin embargo, los trabajadores sociales que van a brindar el apoyo social en la comunidad suelen estar vinculados a funciones de salud mental por lo que siguen otras formas de trabajo, conocen otro tipo de recursos distintos a los habitualmente previstos mientras la persona está en prisión. En consecuencia, la planificación del seguimiento social no siempre es adecuada.

> ***Pues esto sigue sin estar solucionado. En buena parte de los casos…conseguimos saber con cierta antelación y hacemos, dentro de lo que podemos, que creo que es todavía muy mejorable, esa transición y esa garantía de la continuidad de cuidados médicos, psiquiátricos y sociales. Pero todavía cuesta.*** [01:07:54.830]

La escasez de recursos específicos y el estigma social son condicionantes perennes de la asistencia social precaria en la comunidad que parece haberse agravado con la transferencia de las competencias.

> *Donde sí hay problemas y son graves, es ese apartado sociosanitario, es decir, ya eran graves antes de la transferencia de prisiones hace un año y ahora lo son mucho más, curiosamente. Es decir, estas personas salen de prisión y necesitan una residencia, necesitan un contacto estrecho con unos psiquiatras, con unos enfermeros, con psicólogos, con unos trabajadores sociales* [00:22:55.330] *(...) necesitan un seguimiento estrecho y esto no se les puede dar porque no hay recursos sociales* [00:24:00.160] *(...) Además, tienen un doble estigma… porque aquellos recursos psiquiátricos, sociales, residenciales, destinados a gente con enfermedad mental grave de la comunidad, no privados de libertad, experimentan un rechazo para quien ha cometido un delito y sale de prisión.* [00:27:56.710]

Como en otras CCAA de España sin competencias en sanidad transferidas, los recursos disponibles no consiguen resolver las necesidades sociales evidentes, situación que resulta en descompensación del trastorno mental y reincidencia en la comisión del delito, o, por el contrario, en personas con un TMG que pasan largos períodos en prisión a pesar de haber cumplido su condena porque no tienen a dónde ir.

> *El servicio de salud no paga por estos servicios sociales, pero quién sí debe pagar que son el Gobierno Vasco y las diputaciones provinciales, se han desentendido de esto y todavía más desde la transferencia [de competencias]. Entonces seguimos viendo casos con situaciones sociales calamitosas, y enfermedades mentales graves con riesgo de reincidencia en personas a las que prácticamente se les abre la puerta y salen con el hatillo, como en los viejos tiempos, andando cuesta abajo en búsqueda de un tren o un autobús para ir al centro de la ciudad y no saben a dónde.* [00:24:00.160]

En opinión de los entrevistados, los centros penitenciarios parecen asumir la función de antiguos asilos para todas aquellas personas sin recursos sociales, familiares, o económicos.

> ***No son uno, ni dos, ni tres los pacientes que están en la cárcel porque no hay un recurso sociosanitario que les acoja cuando salen… la gente se eterniza en prisión esperando a salir.*** [00:24:00.160]

Existen asociaciones y otras entidades, algunas financiadas con fondos públicos y privados y otras, con fondos exclusivamente privados, que ofrecen centro de día, programas de actividades orientados a la reinserción social así como la posibilidad de residencia o alojamiento para algunas personas judicializadas (2), pero su actividad no está sistematizada ni organizada por lo que el resultado es muy limitado. Si bien estos recursos son necesarios, el alcance de sus servicios es insuficiente frente a la magnitud de las necesidades. Para las personas judicializadas con un TMG la situación es aún más precaria si se la compara con personas judicializadas sin patología psiquiátrica, por el estigma y el rechazo social que experimentan.

> *Experimentan el doble estigma de la enfermedad mental y el de ser un exconvicto. Y no encuentran. Y son precisamente las personas más vulnerables porque tienen un problema penal o han tenido un problema penal y tienen una enfermedad mental grave, con lo cual están mucho más necesitados de apoyo social para el proceso de reinserción social una vez que salen de la prisión. Y este problema, insisto, es gravísimo, y está lejos de tener solución. Y tampoco hay sensibilidad, ni hay solución social, ni, por supuesto, los políticos están dispuestos a invertir un euro en este tipo de recursos sociales.* [00:29:04.300]

Formación especifica

Tras la transferencia de competencias en sanidad penitenciaria, se ha favorecido que los profesionales sanitarios en formación realicen prácticas asistenciales en los centros penitenciarios del País Vasco para conocer las características del ejercicio profesional en el entorno penitenciario.

> *Los residentes de familia que vienen a rotar están encantados…es un pull que da…para el relevo generacional que la gente tiene que venir de joven ahí, para que quiten miedos, para que vean y para que luego puedan venir….es importante.* [00:59:20.670]

Sin embargo, es necesario impartir formación específica para la identificación, manejo y resolución de los problemas de salud mental de las personas internas con sus connotaciones particulares en el entorno penitenciario. El propósito es generar confianza y fortalecer las competencias para el ejercicio profesional en este medio.

> ***De medicina no les vamos a enseñar nada, nos enseñarán ellos. Pero de lo que es el manejo de la prisión, de los miedos, de los temores, es que con cuatro días no vale***

para nada; con cuatro días, se asustan y se marchan. Y tengo que decir que en general, la gente que viene a trabajar a los centros penitenciarios luego está muy a gusto, la gente no se lo cree, pero luego está muy a gusto. [00:09:41.190] ”

Igualmente, es oportuno ofrecer formación específica en psiquiatría sobre la singularidad de la persona interna con necesidades altas de cuidados de su salud mental para incluir los aspectos regimentales y legales, además de los sanitarios, que atañen a los cuidados de estas personas en el entorno penitenciario.

“ *Pero no es especialmente complicado. Es decir, por lo menos para enfermeras, especialistas de salud mental y médicos especialistas en psiquiatría, la formación que reciben unas y otros en sus campos les facilita, les habilita para trabajar en el medio penitenciario sin grandes complicaciones. De hecho, en psiquiatría hay patologías psiquiátricas que son problemas muy similares a los que hay fuera. En ese sentido, creo que la formación no será un problema en mi especialidad.* [00:12:13.300] ”

Se ha de incluir a los auxiliares de enfermería que pueden requerir más entrenamiento para adquirir competencias específicas.

“ *Los auxiliares de clínica muchas veces cometen equivocaciones, fruto del desconocimiento de todo esto.* [00:12:13.300] ”

Conclusiones

La experiencia con la transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria al País Vasco descrita en este capítulo evidencia que la transferencia de competencias debe hacerse para cumplir con la ley vigente y como signo de garantía de equidad en el cuidado de la salud de todas las personas residentes en un territorio, independientemente de que estén dentro o fuera de los centros penitenciarios. Su éxito a largo plazo depende de una sólida y comedida voluntad política e institucional, de una planificación adecuada, coordinación eficiente e implementación efectiva de recursos específicos que implica, al menos, al ámbito sanitario, forense, psiquiátrico, judicial, social, y penitenciario.

La pimera decisión adoptada de convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud para equipararlos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrarlos en *Osakidetza*, ha sido un elemento clave de éxito. Ha aportado igualdad en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios que trabajan tanto en centros de salud penitenciarios como en centros de salud comunitarios, mejorando la satisfacción general.

Por otro lado, *Osakidetza* es el único proveedor público de servicios sanitarios en el País Vasco lo que facilita la gestión de la asistencia sanitaria. Esta estructura organizativa difiere de la existente, por ejemplo, en Cataluña donde diferentes proveedores de servicios sanitarios operan en los centros penitenciarios, las unidades

de hospitalización, y en los centros de salud y de salud mental comunitarios, respectivamente.

También se han favorecido las oportunidades de formación sanitaria para conocer la idiosincrasia y peculiaridades de cuidar la salud, y la salud mental, en el entorno penitenciario. De esta manera, los centros penitenciarios se convierten en una opción de trabajo para los profesionales en formación. Aunque estas iniciativas de formación necesitan optimización y refuerzo, facilitan el recambio generacional y la cobertura eficaz de vacantes y sustituciones.

La transferencia de competencias penitenciarias ha modificado el perfil de las personas internas, con reagrupamiento en el País Vasco de personas internas dispersas en centros penitenciarios de otras comunidades autónomas, y se producen menos rotaciones entre centros penitenciarios. La permanencia en los centros penitenciarios del País Vasco de la persona judicializada mientras cumple su condena beneficia la provisión de cuidados de su salud mental, favorece la continuidad del seguimiento y la planificación de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras. Estos hechos son de especial relevancia para las personas internas con un TMG que logran estar en su entorno y recibir el tratamiento más adecuado a sus necesidades durante su estancia en prisión.

Existen tres modelos de atención a las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en el País Vasco con experiencias y trayectorias distintas: el psiquiatra interconsultor en los centros penitenciarios más pequeños responde al modelo más tradicional; la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa es un modelo de atención especializada a aquellas personas que han de permanecer en el centro penitenciario y no son tributarias de hospitalización psiquiátrica, y la unidad de hospitalización de psiquiatría legal, en Mondragón.

La existencia de recursos específicos y especializados, como la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa, ha implicado la necesidad de redistribuir y rediseñar programas como el PAIEM cuyos contenidos y objetivos han de revisarse para integrarse como un elemento del servicio de salud mental.

Sin embargo, más de dos décadas después de la transferencia de competencias de sanidad penitenciaria, la interrelación entre el ámbito judicial, forense, sanitario y penitenciario sigue necesitando elementos de coordinación eficaces. Son necesarios para favorecer la continuidad y el seguimiento de los cuidados de la salud de las personas internas cuando salen en libertad, especialmente si tienen un TMG, o cuando necesitan una derivación a un recurso específico.

Hospitalización psiquiátrica penitenciaria y continuidad de la asistencia sociosanitaria en la comunidad son dos áreas muy relevantes que la transferencia de competencias penitenciarias ha evidenciado especialmente, y que requieren particular atención. Estigma y escasez de recursos asistenciales públicos específicos hacen que la derivación de las personas judicializadas con un TMG sea más lento y laborioso de lo deseable y recomendable. Por su parte, los recursos privados o concertados no consiguen dar

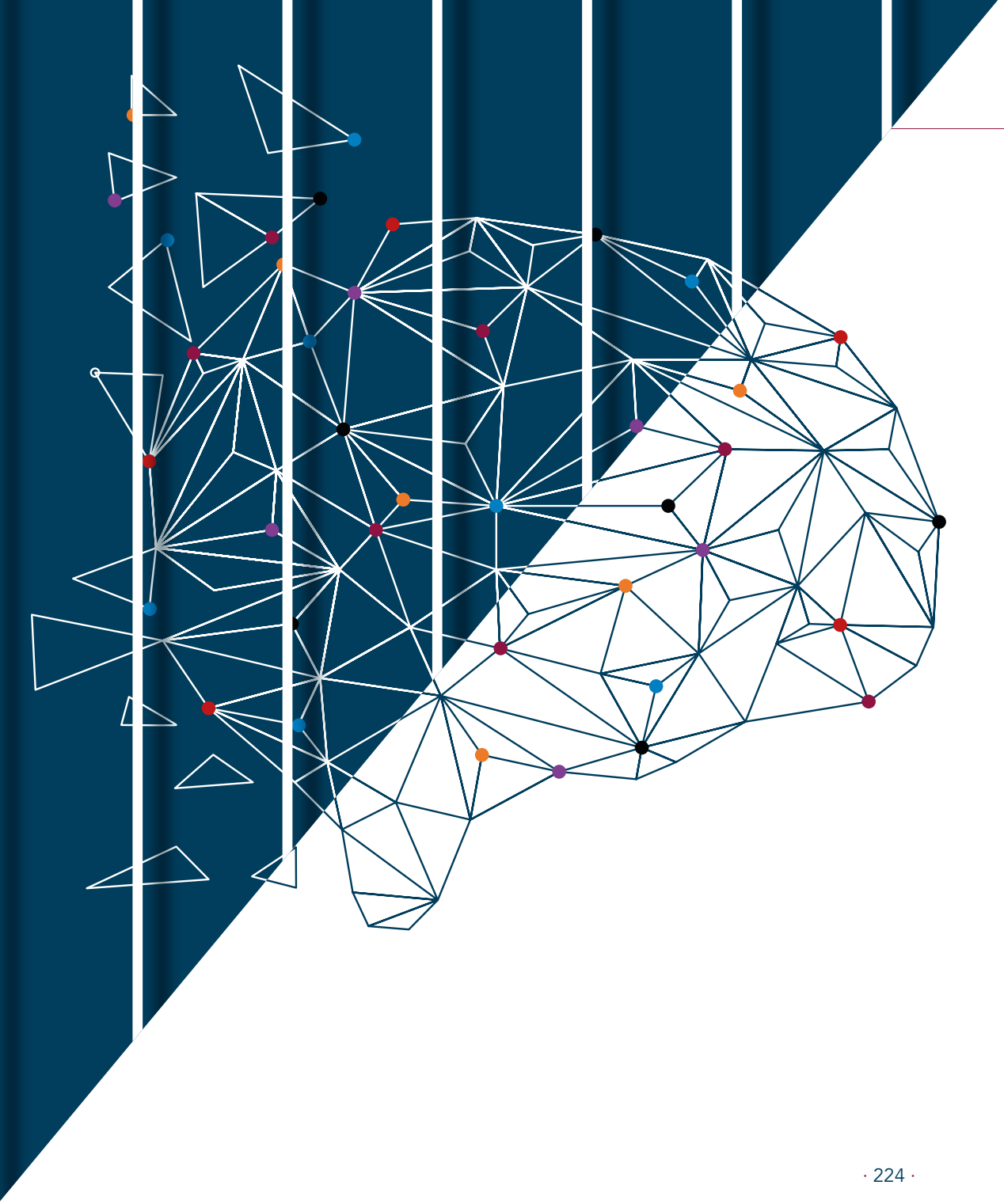
respuesta a la magnitud de la necesidad que existe, y su alcance es limitado.

Se han puesto en marcha protocolos de actuación y de derivación para conseguir mecanismos más ágiles de derivación. Responden a la necesidad de sistematizar la transferencia de información clínica, terapéutica y social entre el entorno penitenciario y el comunitario, aun cuando la historia clínica única electrónica y compartida es un elemento muy facilitador del intercambio de información.

Por tanto, el País Vasco es una experiencia de transición desde la transferencia de competencias en sanidad penitenciaria a los sistemas autonómicos de salud con importantes logros iniciales, transformadores de la asistencia sanitaria de las personas internas con un TMG, que transita hacia la optimización de los procesos mientras se consigue la implementación de los recursos sanitarios y sociales específicos y necesarios.

Referencias

1. Presidencia del Gobierno. Decreto 140/2011, de 28 de junio, por el que se aprueba el Acuerdo de 22 de junio de 2011 de la Comisión Mixta de Transferencias sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de s [Internet]. 2011 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2011/06/1103376a.pdf
2. Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE) - ARARTEKO. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV [Internet]. Vols. 616.89-058, Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. 2014. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Atencionsociosanitariasaludmentalprivacionlibertad.pdf
3. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. [A new prison health care model: the experience of the Basque Country]. Rev española Sanid Penit. 2012;14(3):91-8.
4. Defensor del Pueblo. Informe anual 2021 defensor del pueblo sobre centros penitenciarios [Internet]. 2021. Disponible en: https://prisionenpositivo.files.wordpress.com/2022/08/informe-anual-2021-defensor-del-pueblo-sobre-centros-penitenciarios.pdf
5. Ministerio de Política Territorial y Función Pública. Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/06/29/474
6. Gobierno de España- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-1995-25444, 281 Boletín Oficial del Estado; nov 24, 1995. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444
7. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. Norte salud Ment. 2021;XVII(64):25-38.
8. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Hospital San Juan de Dios [Internet]. Hospital San Juan de Dios. 2023 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://sjd.es/location/hospital-san-juan-de-dios-arrasate-mondragon/
9. Hermanas Hospitalarias. Unidad de Psiquiatría Legal [Internet]. Unidad de Psiquiatría Legal. 2023 [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aita-menni.org/es/unidad/unidad-psiquiatria-legal-mondragon/
10. Madariaga Zamalloa I. Unidad de Psiquiatria Legal. Int J Integr Care. 2019;19 (S1)(A644):1-8.
11. Varela-González O, Algora-Donoso I, Gutiérrez-Blanco M, Larraz-Pascual ME, Barreales-Tolosa L, Santamaría-Morales A. Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). Rev Española Sanid Penit. 2007;9(2):38-46.
12. Departamento de Igualdad Justicia y Politicas Sociales - Gobierno Vasco. Bases para la implantación del modelo penitenciario en Euskadi [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/administracion_penitenciaria/es_def/adjuntos/modelo_penitenciario_euskadi_2021.pdf
13. GatezBerri. La Justicia ordena paralizar el suministro no vigilado de psicofármacos en las cárceles vascas [Internet]. Noticias de Euskadi. 2020 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://gasteizberri.com/2020/11/la-justicia-ordena-paralizar-el-suministro-no-vigilado-de-psicofarmacos-en-las-carceles-vascas/
14. Igualdad Justicia y Políticas Sociales - Salud. Extensión de la Historia Clínica Digital: Osabide y Presbide en Residencias [Internet]. Extensión de la Historia Clínica Digital: Osabide y Presbide en Residencias. 2016 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/plan_programa_proyecto/extension-de-la-historia-clinica-digital-osabide-y-presbide-en-residencias/
15. Osakidetza. Extensión en Enfermería del programa Presbide para la orden de dispensación enfermera (prescripción enfermera) [Internet]. Extensión en Enfermería del programa Presbide para la orden de dispensación enfermera (prescripción enfermera). 2021 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: https://osieec.osakidetza.eus/blog/extension-en-enfermeria-del-programa-presbide-para-la-orden-de-dispensacion-enfermera-prescripcion-enfermera/



CAPÍTULO

13

UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL CENTRO PENITENCIARIO DE ZABALLA (ÁLAVA): UN MODELO DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA A LAS PERSONAS INTERNAS

Entrevista con el Dr. Edorta Elizagárate Zabala

Médico psiquiatra penitenciario en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava)

20 de julio del 2022.

[1h 09 minutos]

"Empecé en esto de la psiquiatría penitenciaria hace muy poco tiempo, hace un año. Yo era y soy jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico de Álava de la Red de Salud Mental Pública de Osakidetza en Álava. Y hace un año y medio hacia el mes de octubre, noviembre de 2020 exactamente, se me llamó porque había habido un problema con la consultoría, porque así era el estilo de trabajo que hacíamos entonces, una consultoría uno o dos veces por semana, por graves problemas…. me llamaron para cubrir esa situación. Y entonces fui y empecé a hacer un trabajo específicamente de intervención de consultoría, es decir, las urgencias. Pero en el interregno…hubo una serie de circunstancias de índole legal. Y la situación fue en relación con la presencia de accidentes, de suicidios y de intoxicaciones graves que hizo que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Euskadi tomara cartas en el asunto y decretara un tratamiento directamente observado. Eso supuso que Osakidetza tuvo que poner en marcha un equipo para realizar esa actuación de vigilancia en la administración del tratamiento, lo cual supuso la contratación de auxiliares de enfermería, entre otras cosas. Y esto derivó en que lo que antes fue una consultoría iba a ser un equipo de intervención y, a partir de ese momento, pues se creó el Centro de Salud Mental de Zaballa, es decir, un centro de salud mental adscrito a Osakidetza, pero dentro de la prisión… yo estando allí, pues asumiría la coordinación de ese centro de salud mental… en primavera-verano del año 2021, empezamos a trabajar en una serie de líneas de trabajo que ha supuesto la creación de un centro de salud mental" [00:03:06.350]

Antecedentes

En el año 2014, el Ararteko (Defensor del Pueblo del País Vasco) en su informe extraordinario al Parlamento Vasco sobre "La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la Comunidad Autonómica del País Vasco" (1) estimaba que el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava) contaba con al menos 50 personas internas en régimen ordinario afectadas de trastornos psicóticos, cifras que podían traducirse en alrededor de 100 personas con trastornos mentales graves en el País Vasco. Se calculaba, asimismo, que cerca de un 70% de las personas internas tenía trastornos de la personalidad en los centros penitenciarios del País Vasco (1). También destacaba la situación de vulnerabilidad de la población extranjera, la mayoría sin residencia legal y en situación de grave exclusión, en la que el encarcelamiento y el alejamiento de su lugar de origen podía desencadenar o agravar un trastorno mental (1).

En ese informe, se mencionaba también que el abordaje de las necesidades en salud mental de las personas internas era un problema de primer orden dentro de la institución penitenciaria por su frecuencia, por los escasos recursos destinados y por la intensidad de los problemas que derivaban de su gestión. Las personas internas con un trastorno mental eran visitadas por un

psiquiatra interconsultor de *Osakidetza* que acudía a la prisión, sin el tiempo ni los medios materiales necesarios para atender a todas las personas. En muchas ocasiones, no había un diagnóstico mientras que cuando existía, las personas no recibían la atención personalizada con el seguimiento necesario para su tratamiento exitoso (1).

Así, la atención psiquiátrica de las personas internas en el Centro Penitenciario de Zaballa era llevada a cabo principalmente en Atención Primaria. En 2017, se añadió una prestación en forma de consultoría en psiquiatría que empezó 1 vez por semana y aumentó progresivamente hasta 3 veces por semana. A partir de noviembre de 2020, a esta consultoría en psiquiatría se incorporó la figura de la enfermera de salud mental, y en 2021 se formalizó el actual equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa.

¿Por qué se escoge el Centro Penitenciario de Zaballa para crear este modelo de atención a la salud mental de las personas internas?

El Centro Penitenciario de Zaballa que se terminó de construir en el año 2011 en Álava, es el más grande de los tres centros penitenciarios existentes en el País Vasco. Es mixto (hombres y mujeres), tiene capacidad para albergar a 1.200 personas; cuenta con 720 celdas, y 304 celdas complementarias lo que lo convierte en un centro de referencia (2).

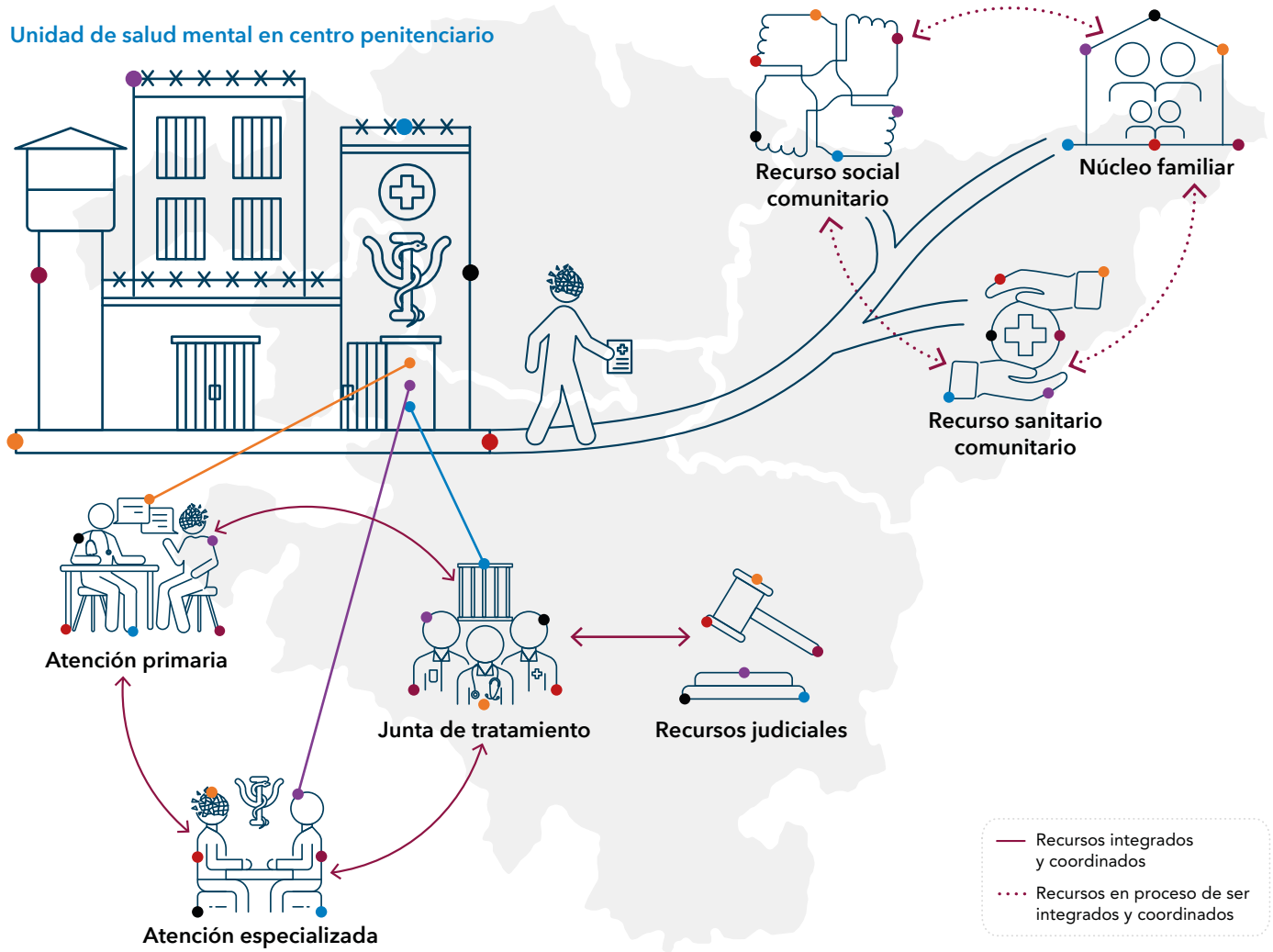
Además, la asistencia psiquiátrica en Álava era la más completa del País Vasco dado que ya existían unidades de psiquiatría muy desarrolladas con hospitales integrados, antes de la creación de la Unidad de Salud Mental en el centro penitenciario, lo que facilitaría su implementación.

Por último, se trata del centro penitenciario en el que se produjeron los accidentes, suicidios e intoxicaciones más graves por consumo inadecuado de fármacos de adicción, hecho que provocó el auto de 7 de octubre de 2020 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria sobre la dispensación de los medicamentos-psicofármacos en los centros penitenciarios (3), y precipitó la creación de la Unidad de Salud Mental.

Características generales

El **modelo de atención implementado en el Centro Penitenciario de Zaballa** en el País Vasco consiste en un **centro de salud mental, adscrito a *Osakidetza*, con sus equipos asistenciales especializados, sus intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, y sus programas de actuación que opera dentro del centro penitenciario.** Se trata de un modelo intermedio de atención especializada en psiquiatría (Figura 13.1). Es más complejo que el modelo más limitado de consultoría e interconsulta especializada, en la que el médico psiquiatra trabaja haciendo intervenciones puntuales, una vez a la semana (modelo tradicional, vigente en la mayoría de los centros penitenciarios ordinarios de España) pero tiene menor complejidad que los

Figura 13.1 Representación esquemática del modelo intermedio de asistencia en salud mental que proporciona atención especializada en psiquiatría en el centro penitenciario



modelos basados en hospitales psiquiátricos penitenciarios, o el modelo más ambicioso, integrado con los recursos especializados de rehabilitación en la comunidad, como el implementado en los centros penitenciarios de Barcelona en Cataluña. En este último hay servicios psiquiátricos dentro del centro penitenciario; con sus camas, con sus unidades de hospitalización, sus unidades de agudos, y sus unidades de rehabilitación en los que se contemplan planes individualizados de seguimiento y continuidad asistencial en la comunidad.

La Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa (Álava) representa un modelo asistencial intermedio, con un equipo multidisciplinar especializado en salud mental.

La Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa **cuenta con 3 psiquiatras más 1 psicólogo clínico, 4 enfermeras, 1 supervisora de enfermería y 8 auxiliares de enfermería, con dedicación a tiempo completo y todos ellos especializados en salud mental.**

Dado que no existe una subespecialización en psiquiatría penitenciaria, las competencias profesionales específicas se van adquiriendo con el trabajo y a través de la formación continuada que se ofrece en la unidad a los profesionales que trabajan en el medio penitenciario.

Perfil habitual de la persona interna en la Unidad de Salud Mental

En la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa **se atiende a personas internas con problemas serios de su salud mental tales como TMG, cuadros psicóticos, esquizofrenia, trastorno bipolar y patología dual.** Los cuadros clínicos que presentan estas personas se caracterizan porque el consumo frecuente de sustancias psicotrópicas fuera de indicación asociado a la patología psiquiátrica causa con frecuencia ideas delirantes positivas, delirios mantenidos y marcada dificultad para la atención que hace más difícil el diagnóstico y el manejo terapéutico comparado con aquellas personas con un diagnóstico similar que están en libertad en el medio comunitario.

También **es común la presencia de TDAH** que se relaciona con más dificultad adaptativa a la vida en el medio penitenciario.

> *Me ha sorprendido absolutamente la prevalencia tan alta de este tipo de patologías en el medio penitenciario. Y, además, cuanto más lo observo, más veo que son los paganos de toda esta población psiquiátrica. Son los que menos se adaptan; así como los esquizofrénicos, los TDAH son los grandes inadaptados al medio penitenciario y cuya intervención es urgente.* [00:13:51.270]

Cuando existe TDAH, los trastornos de comportamiento, las alteraciones de la conducta, la impulsividad, la hostilidad, y el

desajuste al medio penitenciario son de tal magnitud que estas personas pueden estar entre meses y años con partes repetidos por mala conducta en un bucle repetido y perenne.

> *Sin que nadie pueda intervenir para acortar esta especie de bucle.* [00:16:52.420]

Además, se encuentran las **personas con un trastorno de personalidad**, que muy probablemente guardan relación con los TDAH, que evolucionan en el adulto a trastorno de personalidad. Este subgrupo suele plantear **importantes desafíos diagnósticos, especialmente cuando coexisten trastorno de personalidad y trastorno por consumo de sustancias.**

Por último, el subgrupo de **personas internas con trastorno por consumo de sustancias representa uno de los más prioritarios a incluir en la línea de trabajo de desprescripción** que se ha establecido en la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa. El abuso de ciertos fármacos, como los opioides, junto con otros psicotrópicos expone a estas personas a un riesgo especialmente alto de intoxicación y muerte súbita (4).

> *El gran "pull" de pacientes con trastornos por abuso de sustancias… que se confunden con una esquizofrenia, pero que no son esquizofrénicos, son trastornos por uso de sustancias y que tienen todos los componentes de gravedad y mala evolución.* [00:16:52.420]

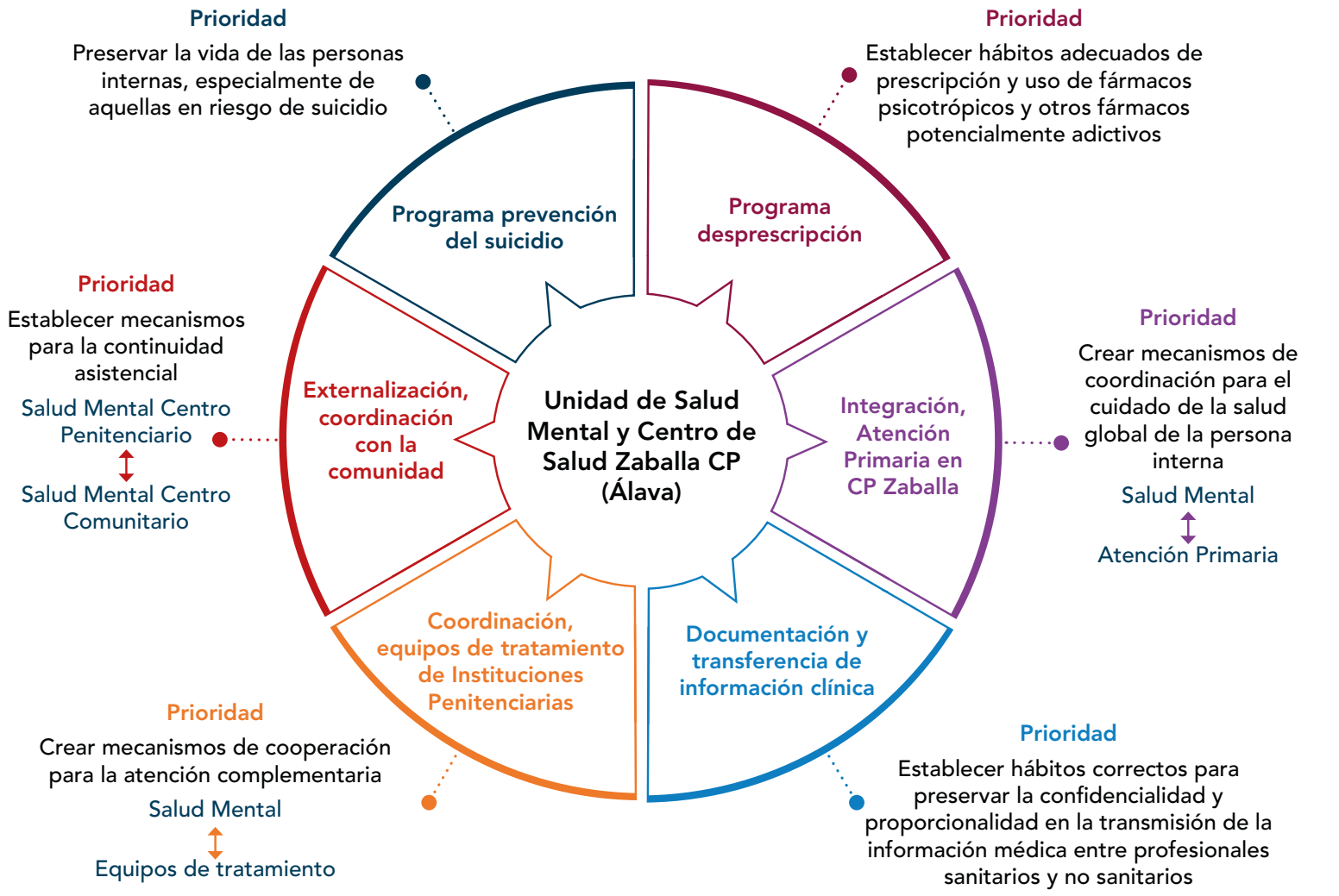
Líneas de trabajo

Las líneas de trabajo prioritarias de la Unidad de Salud Mental tienen como objetivo resolver las necesidades en salud mental más inmediatas de las personas internas (valoración del riesgo de suicidio y desprescripción), así como favorecer la integración saludable y coordinación efectiva de los equipos sanitarios y no sanitarios, penitenciarios y comunitarios.

Inicialmente, se constituyó el equipo multidisciplinar de trabajo cuya labor en la Unidad de Salud Mental se organizó alrededor de **6 líneas de trabajo interrelacionadas**. Estas líneas de trabajo se establecieron para abordar áreas de actuación prioritarias que permitieran, por un lado, **resolver las necesidades en salud mental más inmediatas**, y por otro, que favorecieran la **integración saludable** y la **coordinación efectiva** de los equipos asistenciales sanitarios, judiciales y penitenciarios. **El equipo profesional de la Unidad de Salud Mental y el equipo de atención primaria en el Centro de Salud, ambos pertenecientes a *Osakidetza* y de naturaleza sanitaria, deben interactuar y funcionar con la Junta de Tratamiento, de carácter más regimental, que ha pertenecido a Instituciones Penitenciarias del estado español** hasta julio de 2021 cuando las competencias penitenciarias se transfirieron a el País Vasco (5). Los tres equipos operan dentro del

Figura 13.2

Resumen de las líneas de trabajo para la implementación de la Unidad de Salud Mental en el Centro de Salud del Centro de Salud Zaballa CP (Álava)



CP: centro penitenciario

Centro Penitenciario de Zaballa y **atienden aspectos distintos de la vida de la misma persona interna: su salud y el cumplimiento de su condena en el entorno penitenciario.**

Las áreas con necesidades prioritarias y sus correspondientes 6 líneas de trabajo se resumen en la figura 13.2.

Línea de trabajo 1. Programa de prevención del suicidio.

En general, se estima que el 11,3% de la población interna realiza al menos un intento de suicidio estando en prisión (6). En el año 2015, el Consejo Asesor de Salud Mental del País Vasco, identificó la prevención del suicidio como uno de los 10 temas prioritarios a tratar en el entorno sociosanitario del conjunto de la población vasca (7). Según los datos del INE, en el año 2016, se produjeron en el País Vasco un total de 179 suicidios, con una media de 1 suicidio cada 2 días, lo que supuso una tasa de 7,67/100.000 habitantes (7). La prevalencia más alta de ideación suicida se registró en las clases sociales más desfavorecidas y el abuso del consumo de sustancias adictivas era un factor de riesgo importante. El 10% de los suicidios se produjo en lugares públicos cerrados siendo los centros sanitarios y los centros tutelares/asistenciales donde se cometieron el 20% y 15% de los mismos, respectivamente (7).

La Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi de 2019 establece en su medida 55, "mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en centros penitenciarios. Se asumirá el Plan Marco de Prevención del Suicidio del Ministerio del Interior de 2014, teniendo especial atención a grupos dentro de prisión que sean más susceptibles de riesgo; por ejemplo, personas encarceladas con trastorno mental grave"(7).

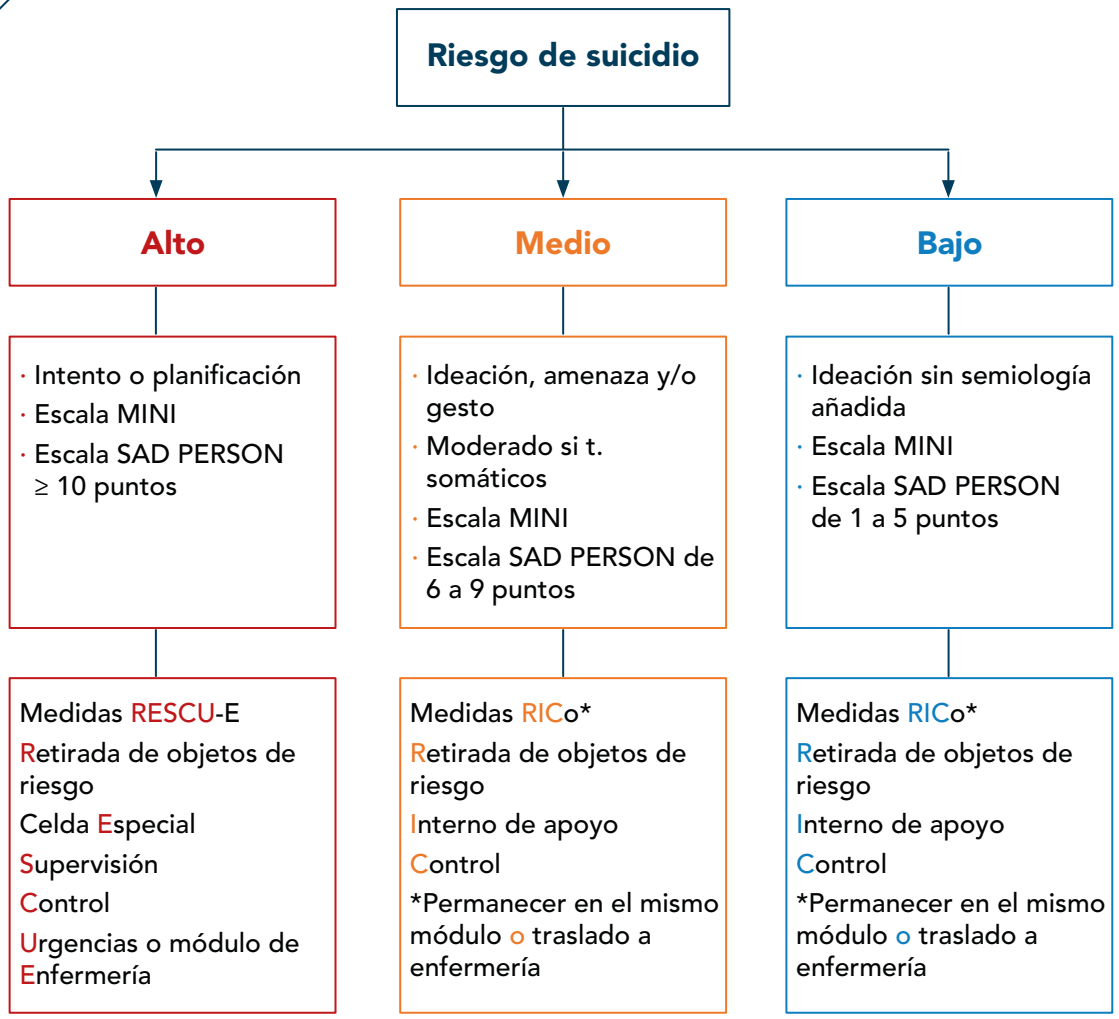
Por otro lado, los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se asocian a riesgo suicida más alto en la población penitenciaria son la dependencia a sustancias psicoactivas, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos (6). Por lo tanto, en la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa se estableció como **primera línea de trabajo prevenir el suicido relacionado con el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos que requerían de atención médica especializada.** Se adaptó, actualizó, simplificó e hizo más operativo, ágil y preciso un programa ya existente en el centro penitenciario. Se estableció el uso combinado de dos escalas para la valoración del riesgo y la adopción de las medidas correspondientes en función del riesgo establecido, tal y como se muestra en la figura 13.3.

Línea de trabajo 2. Estrategia de desprescripción

Su necesidad se hizo evidente en **el año 2020 cuando se documentaron 28 intoxicaciones por psicofármacos en los centros penitenciarios del País Vasco.** En el Centro Penitenciario de Zaballa se documentaron 2 fallecimientos por psicofármacos y otros 3 fallecimientos en el mismo centro se relacionaron con la ingesta de cocaína y ketamina. Además, fueron necesarios 5 ingresos en la unidad de cuidados intensivos, 6 ingresos en medicina

Figura 13.3

Resumen de la estrategia para la prevención del suicidio en función del riesgo implementada en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava)



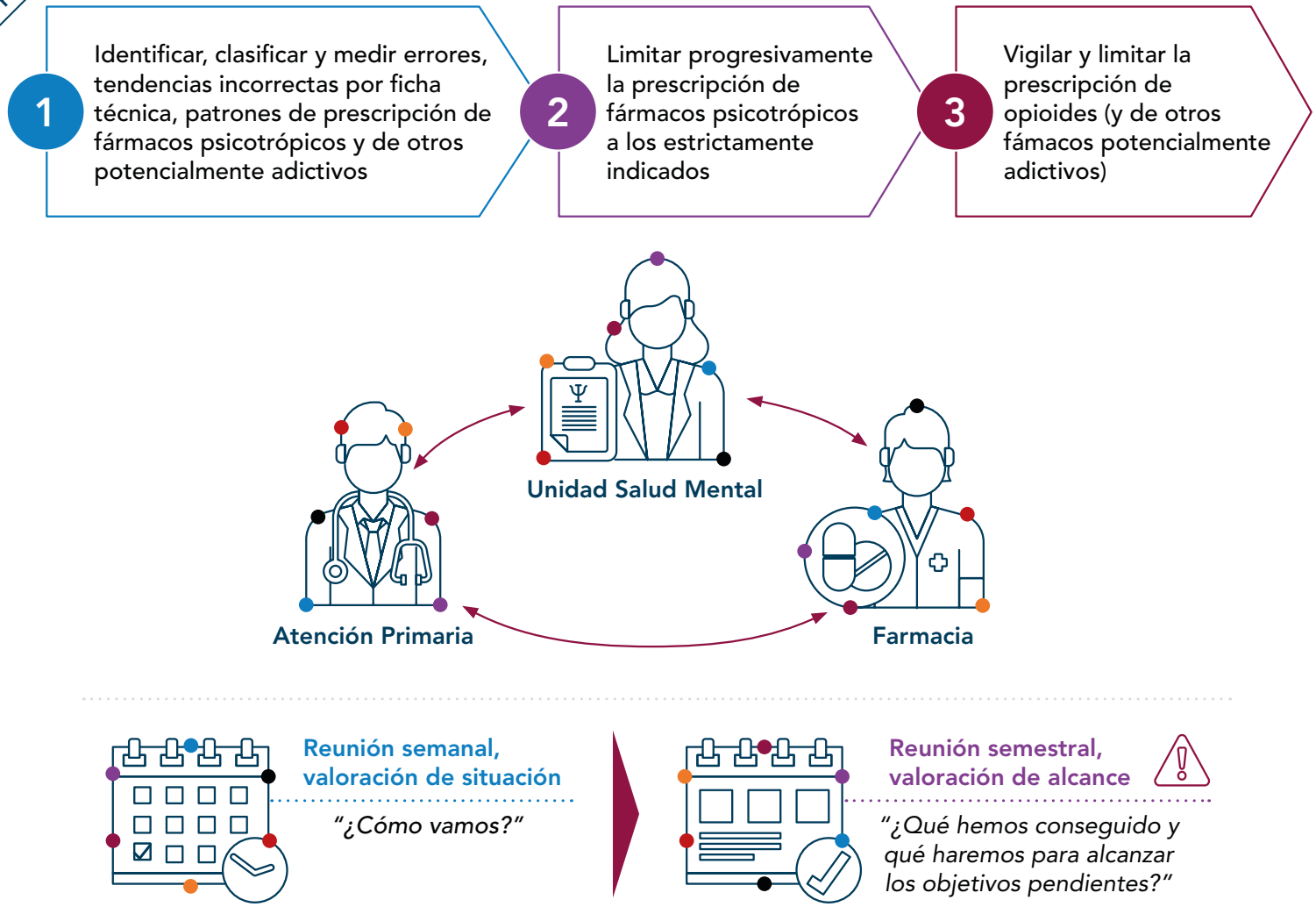
interna, 1 salida al servicio de urgencias y 10 atenciones en la enfermería del Centro Penitenciario de Zaballa por intoxicaciones con medicamentos. El 7 de octubre de 2020 el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao decretó el **tratamiento directamente observado** obligatorio en todas aquellas personas internas a las que se les prescribieran psicofármacos, en cualquier centro penitenciario de los tres territorios históricos del País Vasco (8).

Así, **se implementó una estrategia de desprescripción, impulsada y coordinada desde el equipo sanitario de la Unidad de Salud Mental con la colaboración del equipo de farmacia y de Atención Primaria** operando en el Centro Penitenciario de Zaballa. La estrategia de desprescripción se basó en tres grupos de acciones definidas para conseguir objetivos alcanzables de simplificación de la prescripción (Figura 13.4).

Esta estrategia se inició con la identificación de recomendaciones o usos de pautas de psicofármacos en dosis superiores a las máximas recomendadas y/o fuera de

Figura 13.4

Síntesis de las actividades de desprescripción implementadas en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava) en el País Vasco



indicación en ficha técnica y de interacciones (9). A continuación, se establecieron límites a la prescripción de los fármacos que se usaban en exceso con más frecuencia, y que llevan asociado riesgo alto para la salud de la persona, como amiriptilina, gabapentina, pregabalina y la combinación de estos dos últimos (Tabla 13.1). Cuando hay prescritas dos o más benzodiacepinas, la pauta de desprescripción se inicia con la reducción a una única benzodiacepina de vida media larga.

En el caso de los gabapentinoides, su abuso y uso sin la supervisión médica adecuada se ha asociado a acontecimientos adversos relacionados con trastornos de la coordinación (mareos, somnolencia, y en consecuencia, traumatismos corporales), con la salud mental (comportamiento suicida, dependencia, síndrome de abstinencia, sobredosis no intencionales) y la criminalidad (10,11). La combinación de gabapentina con opiáceos conlleva un riesgo alto de muerte súbita (12,13). Por ello, el tercer paso en la estrategia de desprescripción fue la vigilancia y control estricto del uso de opioides, incluyendo el control de la metadona utilizada en los programas de deshabituación.

> *Los agonistas opiáceos y los opiáceos de síntesis son los más complicados de abordar en la prescripción. La desprescripción de los tramadoles, de los fentanilos y todo esto es súper complicada y tenemos muchísimos problemas y además es una situación de riesgo, porque cuando utilizas este tipo de productos con metadona, con pregabalinas, con gabapentinoides, el riesgo de intoxicación y de muerte súbita es altísimo (…) pues sí; tenemos un problema y cuando aparecen tramadoles en la relación de medicación, pues uno empieza ya a temblar porque hay un uso absolutamente indiscriminado y no justificado.* [01:05:24.000]

Figura 11.2

Pautas de desprescripción de fármacos con mayor riesgo de abuso en función del tiempo de tratamiento implementadas en la Unidad de Salud Mental y el Centro de Salud Zaballa CP (Álava)

	GABAPENTINA	AMITRIPTILINA	PREGABALINA
Dosis máxima recomendada según ficha técnica	1800 mg*	150 mg	600 mg
Dosis retirada	300 mg	25 mg	25 mg
Frecuencia de reducción de dosis en personas internas con tiempo de tratamiento < 1 año	1 vez a la semana	1 vez a la semana	1 vez a la semana
Frecuencia de reducción de dosis en personas internas con tiempo de tratamiento > 1 año	1 vez cada dos semanas o 1 vez al mes	1 vez cada dos semanas o 1 vez al mes	1 vez cada dos semanas o 1 vez al mes

* Dosis máxima de gabapentina en ficha técnica: 3600mg. Con la indicación con la que se utiliza en el medio penitenciario (como ansiolítico, ahorrador de benzodiacepinas), se establece una dosis máxima recomendada de 1800mg
CP: centro penitenciario

La implementación de la estrategia de desprescripción por los equipos sanitarios se sigue semanalmente y se revisa cada 6 meses, tal y como se muestra en la figura 13.3. El resultado más evidente de esta línea de trabajo se ha reflejado en la reducción de prescripciones fuera de indicación y los problemas de salud asociados.

> *¿Qué es lo que hemos conseguido? …hemos conseguido a lo largo de un año disminuir de forma importante, en algunos casos un 30 y tantos por 100, cada uno de estos parámetros (…) Cada semana sabemos un poco lo que hacemos y cada semestre hacemos una recapitulación.* [00:23:34.890]

La figura del farmacéutico hospitalario que trabaja en el centro penitenciario ha sido fundamental en el éxito de esta línea de trabajo, supervisando, orientando, asistiendo y auditando la actividad de prescripción.

> *El farmacéutico hospitalario es una figura muy importante en todo el proceso desprescripción, de ajuste farmacológico, de evitar la polifarmacia. Va a la par con la supervisión, la orientación, el consejo farmacéutico, que es el que nos está dando constantemente nuestras cifras de prescripción, las cifras de mala prescripción. La farmacia es para nosotros un elemento indispensable.* [00:20:04.570]

Implementar la descripción como forma de trabajo implica reemplazar conductas históricamente muy establecidas entre médicos prescriptores y personas internas y representa un desafío laborioso.

> *Porque no es fácil, porque hay mucha oposición para que esto se haga por parte del recluso, porque hay mucha demanda en el sentido contrario, porque tienes que estar enfrentándote, confrontándote constantemente y que te amenacen. Venimos de muchos años de mala prescripción, de polifarmacia, de uso indiscriminado de psicofármacos, y está siendo arduo.* [00:26:17.860]

Línea de trabajo 3. Integración con Atención Primaria dentro del centro penitenciario

Esta línea de trabajo supone la interacción de la Unidad de Salud Mental con el Centro de Salud de Atención Primaria dentro del Centro Penitenciario de Zaballa. Esta línea de trabajo contempla 3 elementos de desarrollo:

1) **interconsultas y derivaciones de pacientes**, definiendo los servicios que son compartidos y los que son diferenciados entre ambos servicios

2) **interconsulta como parte del programa de toxicomanías**, en la que la persona interna objeto de la interconsulta debe reunir dos características:

   a) tener un problema activo de consumo

   b) tener un deseo de cambio entendido éste como una explicación racional por el que desea tratar su trastorno

3) **desprescripción**, como elemento de coordinación y actuación compartido. Entre los equipos de atención primaria la desprescripción tiende a consolidarse con más lentitud que entre el equipo de salud mental.

Línea de trabajo 4. Documentación y transferencia de información clínica: confidencialidad y secreto médico

Se trata de una línea en la que se trabaja en la redistribución, reconocimiento y respeto de las obligaciones y responsabilidades relativas a la documentación y transferencia de información clínica entre instituciones penitenciarias, agentes judiciales y equipos sanitarios operando en el centro penitenciario tras la transferencia de competencias de sanidad al País Vasco.

Por un lado, **esta línea de trabajo pretende ordenar el flujo de la información médica de tal modo que las cuestiones relativas a la salud mental y a otras condiciones clínicas de las personas internas permanezcan y se gestionen en el ámbito sanitario** y por los profesionales dependientes de *Osakidetza* sin interferencia de otros agentes penitenciarios o jurídicos pertenecientes a Instituciones Penitenciarias, a excepción de la información que expresamente solicite el juez.

> *El tema de la confidencialidad tiene que ver con que hay una serie de derechos que tienen los reclusos igual que los demás pacientes; el derecho a la autonomía, el derecho al honor, derecho al secreto médico por supuesto, salvo situaciones en las cuales, por salud pública o por una comisión de delito o una serie de circunstancias, tienes obligación de transferir y de dar esa información más allá del secreto médico. Pero quitando estos elementos, hay una serie de parámetros que son absolutamente claros y en ese sentido no puedes manejar la información libremente.* [00:28:11.870]

El principal objetivo que persigue esta línea de trabajo es **sentar las bases de comunicación y transferencia de la información médica en el entorno penitenciario para preservar y resguardar el derecho de las personas internas a la confidencialidad y secreto sobre sus datos de salud.** Por esta razón, cualquier solicitud de información médica sobre una persona interna que se realice a la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa debe estar debidamente justificada, incluso cuando el solicitante es Instituciones Penitenciarias o cualquier agente penitenciario o jurídico.

Así, deben garantizarse no solo la **justificación debida de la solicitud, sino también la proporcionalidad de la respuesta y la disociación de los datos clínicos de los identificativos de la persona (salvo exenciones judiciales)** tal y como lo establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (14).

> *Tiene que ser una información que se suministra siguiendo unos criterios de proporcionalidad, de restricción y cuando piden [información] tengo muchas dificultades para hacerlo entender. Cuando pide información un juez hay que darla, pero cuando pide la información Instituciones Penitenciarias, tiene que justificar qué es lo que pide y por qué lo pide,*

tiene que ser ajustada y la respuesta tiene que ser restrictiva y proporcional. Esos son los parámetros fundamentales y están recogidos en la Ley de Autonomía del Paciente y en ese sentido no podemos sustraernos a ello. [00:29:41.570] ”

Probablemente, el ejercicio de funciones sanitarias, administrativas y directivas penitenciarias por los mismos profesionales ha favorecido, a lo largo de los años, cierta confusión en la gestión y transferencia correcta de la información clínica en el entorno penitenciario. Sin embargo, tras la transferencia de competencias de sanidad al País Vasco, los equipos de profesionales pertenecen a entidades distintas y diferenciadas en sus roles, responsabilidades y funciones.

“ *(…) Partimos de una especie de forma de actuar en el cual los médicos pertenecían como subdirectores a los órganos directivos [de la prisión]. Y entonces no había esta especie de separación y de preservación de la transmisión de información, creo yo. Es mi hipótesis.* [00:31:07.730] ”

Línea de trabajo 5. Coordinación con los equipos de tratamiento de Instituciones Penitenciarias

Tras la transferencia de competencias en sanidad penitenciaria en 2011 al País Vasco, la relación de dependencia orgánica de los profesionales sanitarios que trabajan en los centros penitenciarios cambió de tal modo que pasaron de depender de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y de los directores (no sanitarios) de los centros penitenciarios a responder orgánicamente al *Osakidetza*, tal y como se explica en el capítulo 12 (15). En consecuencia, la responsabilidad de la salud de las personas internas y de la organización de la asistencia sanitaria recae, desde la transferencia de competencias, en los profesionales sanitarios que responden a *Osakidetza*, aunque manteniendo cierta relación funcional con la dirección de los centros penitenciarios. Esta reorganización estructural y funcional requiere de un nuevo tipo de interlocución, tanto a nivel central como en los centros penitenciarios, y especialmente entre las direcciones de los centros penitenciarios y los responsables médicos (15).

En este contexto, la línea de trabajo 5 tiene como propósito **coordinar la actividad de los equipos de profesionales pertenecientes a dos organizaciones de naturaleza dispar**, Instituciones Penitenciarias (estado español, en transición desde 2021 a País Vasco) y *Osakidetza* (País Vasco), que operan en el mismo Centro Penitenciario de Zaballa. Existen profesionales con perfiles complementarios trabajando en el mismo centro penitenciario, que requieren organización y reestructuración.

“ *Los equipos de tratamiento de Instituciones Penitenciarias constan de psicólogo, educador, trabajador social y un jurista. Los psicólogos no son psicólogos clínicos. Los psicólogos que aporta Osakidetza son psicólogos clínicos, tienen un perfil de especialidad ya diferenciado (…) hay una especie de desconfianza por la creencia de invadir sus competencias.* [00:43:14.620] ”

A su vez, han de convivir dos enfoques distintos y, en ocasiones

opuestos, a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas internas: mientras que en Instituciones Penitenciarias impera el **principio de autoridad regimental**, en una unidad de salud mental de carácter sanitario prevalece el **principio de respeto a la autonomía de la persona interna.** No obstante, hay áreas de la asistencia que son comunes a los equipos de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, de atención primaria y de salud mental de *Osakidetza*, y otras que están bien diferenciadas. Así, por ejemplo, la evaluación del riesgo de reincidencia en la comisión de delito y otras valoraciones de carácter más forense corresponden a la junta de tratamiento de Instituciones Penitenciarias mientras que la atención a la patología psiquiátrica y a la salud mental propiamente dicha corresponde al equipo sanitario de la Unidad de Salud Mental en coordinación con Atención Primaria que se ocupa de otros problemas no psiquiátricos de la salud en el centro penitenciario. Las áreas de intervención común son aquellas como el tratamiento regimental, la progresión de grado, la aplicación del artículo 60 del Código Penal por enfermedad psiquiátrica sobrevenida o del artículo 182, del Reglamento Penitenciario, para la atención fuera de la cárcel, en centros de rehabilitación y de deshabituación. (16,17).

Además de definir roles y funciones, esta línea de trabajo contempla implementar modelos de organización y cooperación (incluyendo reuniones periódicas para la discusión de casos; creación de protocolos) así como consolidar la línea de trabajo 4 para la correcta transferencia de la información clínica entre estos equipos e instituciones.

Línea de trabajo 6. Externalización de la persona interna con un problema de salud mental: coordinación con los recursos sociosanitarios operando en la comunidad

La línea de trabajo 6 aborda los aspectos previos a la puesta en libertad de una persona judicializada con un trastorno de su salud mental que requiere de la **coordinación de la Unidad de Salud Mental del Centro Penitenciario de Zaballa con los recursos comunitarios de salud mental para la continuidad asistencial.**

Articular la continuidad de los cuidados de la salud mental de las personas judicializadas dentro y fuera del centro penitenciario es central en esta línea de trabajo.

> *Precisamente ahora el desafío que tenemos es la continuidad de cuidados y que no haya fragmentación, el que podamos beneficiarnos de nuestra propia empresa [Osakidetza], fuera; que Osakidetza dé cobertura también fuera de la prisión en cuanto a asistencia, unidad de tratamiento (….) exige mucha, mucha, mucha coordinación, reunión, intervención, llamada de teléfono.* [00:44:33.100]

Sin coordinación, integración y dotación de recursos en la comunidad, las personas con un trastorno de su salud mental reinciden fácilmente en la comisión de delito.

> *Hasta ahora, se producía la excarcelación y rápidamente volvían por la falta muchas veces de estos programas*

continuados de seguimiento lo cual es un problema. [00:46:13.960] ”

Relativo a las dificultades a la hora de la puesta en libertad de la persona judicializada, algunos subgrupos de población psiquiátrica constituyen un particular desafío. Esta línea de trabajo se fundamenta en la premisa de que la respuesta a los hechos delictivos cometidos por personas con un trastorno mental considerada inimputable debe ser diferente a la que reciben los autores de delitos responsables de los mismos, y la respuesta diferencial es la medida de seguridad contemplada en el Código Penal español (16) que se fundamenta en la valoración de la posibilidad de reiteración del delito. La medida de seguridad contempla el internamiento en un centro psiquiátrico o en una unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria de la persona judicializada considerada inimputable por razón de su trastorno mental.

En este sentido, diferenciar los trastornos de personalidad cuando concurren toxicomanía y exclusión social de otras enfermedades como las psicóticas, es especialmente complejo. Cuando en la misma persona **coexisten trastornos de personalidad, toxicomanía y exclusión social, se produce un deterioro tan significativo de la capacidad psíquica que el trastorno de personalidad se asemeja a enfermedades psicóticas y otras enfermedades mentales en las que se excluye la culpabilidad de la persona;** sin embargo, a las personas con trastornos de la personalidad que han cometido delito [los tribunales no consideran a este trastorno como un atenuante de la responsabilidad criminal (18)] les corresponden penas privativas de libertad en vez de medidas de seguridad. Se trata de una **situación en la que el diagnóstico correcto determinará si la persona puede o no salir en libertad**, o si le corresponde o no una medida de seguridad y **con qué recursos y objetivos de seguimiento y rehabilitación** diferenciados, necesarios y específicos se debe contar en la comunidad.

Una vez la persona judicializada está **en el medio comunitario, el riesgo de reagudización de la enfermedad mental se multiplica entre quienes sufren exclusión social** y se alejan del sistema de salud. Generalmente, no acceden regularmente a los servicios sanitarios y el historial médico es exiguo con diagnósticos imprecisos del tipo ‘psicosis pendiente de filiar’ o `trastorno inespecífico´. Esta situación, de acuerdo con la experiencia del entrevistado, exige reevaluación y revisión del diagnóstico y plan de tratamiento.

“ *Exige un esfuerzo de reevaluación diagnóstica …. hemos tenido que realizar este esfuerzo de simple catalogación y ordenación de la información sanitaria que nos ha llevado muchos meses y seguimos en ello.* [00:46:13.960] ”

La historia clínica única electrónica compartida entre todos los servicios de *Osakidetza*, incluyendo a la Unidad de Salud Mental y al Centro de Salud Zaballa CP con la red de servicios sanitarios públicos del País Vasco, ha sido fundamental como elemento de coordinación, de continuidad terapéutica y de resguardo de la confidencialidad de la información médica entre servicios asistenciales de la salud integrados.

¿Es extrapolable este modelo a otros sitios en España?

Es un modelo extrapolable que requiere inversión, establecer una infraestructura básica, mecanismos de actuación, de intervención, y contar con el apoyo de farmacia. A partir de las líneas de trabajo planteadas, otros centros pueden implementar un modelo muy similar.

> *Tiene una restitución elevada a lo que se invierte. ¿Se restituye rápido? Yo creo que sí. Aunque sea única y exclusivamente por el tema de accidentes, aunque sólo sea por eso, pero hay más cosas…. esto lo hemos hecho en un año, año y medio…* [00:48:03.100]

Conclusiones

La Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa es un modelo de atención especializada en psiquiatría que se dirige a las personas con un TMG o con necesidades altas de cuidados de su salud mental que opera dentro del centro penitenciario. Surge como respuesta del gobierno vasco para corregir una situación en la que el abuso de sustancias de adicción evidenciaba un riesgo alto para la salud y la vida de las personas internas con un TMG u otros problemas psiquiátricos serios en el entorno penitenciario vasco.

Como se describe en otros modelos similares en otros países (19), esta unidad se ha desarrollado en contextos de salud y justicia superpuestos, incluyendo expectativas, presiones y prioridades, que han ido impactando en los resultados esperados y logrados hasta el momento.

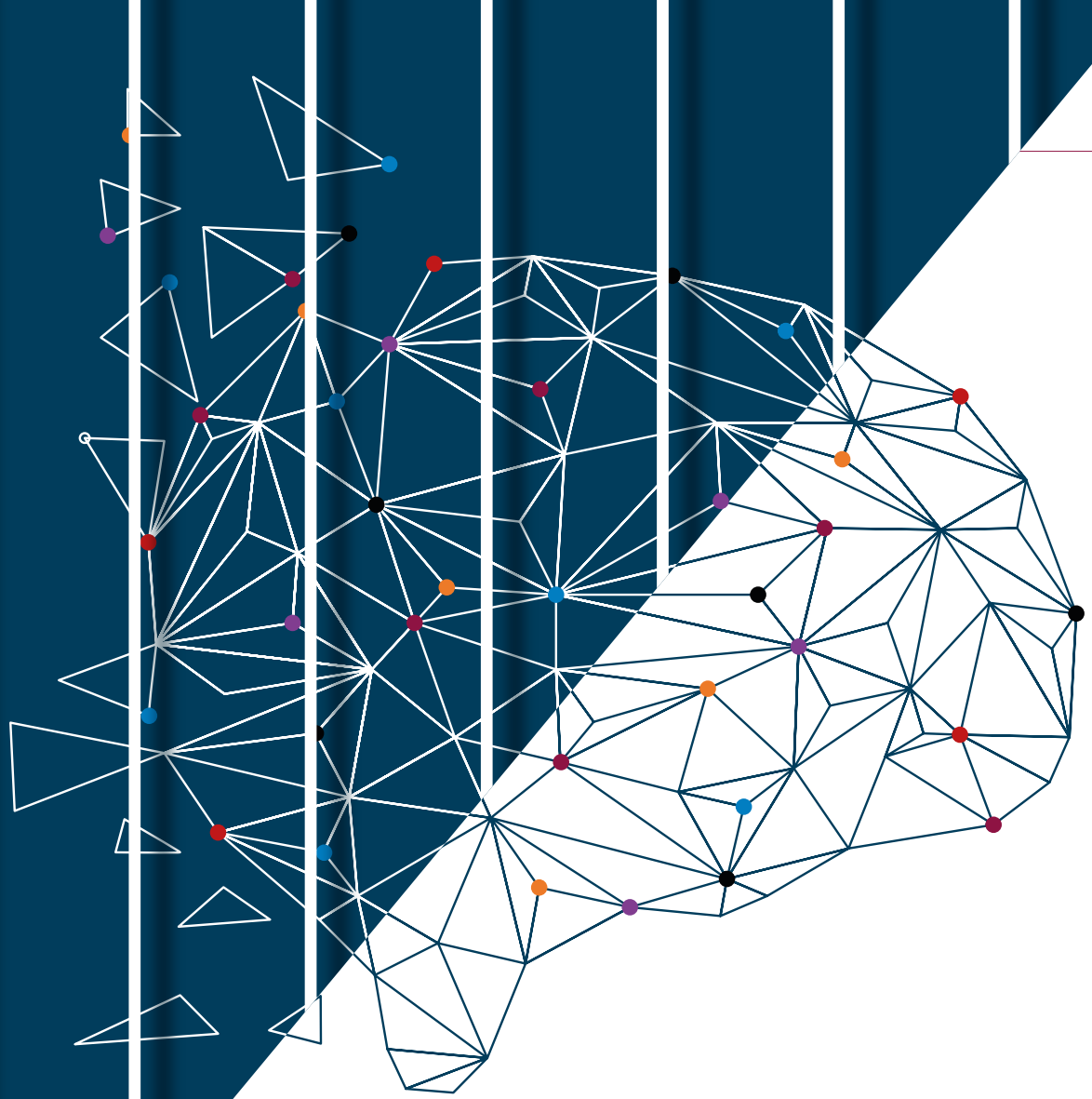
No había un modelo similar en el País Vasco por lo que surgió sin un referente previo. A la vez que se inició la práctica asistencial, se pusieron en marcha 6 líneas de trabajo prioritarias de desprescripción y valoración del riesgo de suicidio así como de coordinación, cooperación, y de interrelación entre equipos sanitarios y no sanitarios, penitenciarios y comunitarios. Los objetivos de estas líneas de trabajo reflejan la necesidad indispensable de integrar los recursos y alinear la actuación de los equipos, operando dentro y fuera de la prisión, en la coproducción de soluciones a problemas concretos para que la iniciativa tenga éxito.

Este modelo basado en una unidad de salud mental en el centro penitenciario ofrece, además, una solución pragmática para brindar asistencia sanitaria especializada a las personas internas con un TMG, que habitualmente experimentan largas demoras si han de esperar a las poco frecuentes consultas del psiquíatra interconsultor que visita el centro o si han ser derivados a recursos especializados fuera del centro penitenciario (19).

La Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa es un modelo de buena práctica asistencial que es extrapolable a otros centros penitenciarios en España, y puede ser referencia.

Referencias

1. Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE) - ARARTEKO. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV [Internet]. Vols. 616.89-058, Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. 2014. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Atencionsociosanitariasaludmentalprivacionlibertad.pdf
2. InfoPrision. Araba/Álava [Internet]. Araba/Ávala. 2022 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://infoprision.com/centros-penitenciarios/arabaálava
3. Departamento de Igualdad Justicia y Politicas Sociales - Gobierno Vasco. Bases para la implantación del modelo penitenciario en Euskadi [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/administracion_penitenciaria/es_def/adjuntos/modelo_penitenciario_euskadi_2021.pdf
4. JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2022/Informe_JIFE_2021.pdf
5. Ministerio de Política Territorial y Función Pública. Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/06/29/474
6. Markez I, Gordaliza A, Casaus P, Markez I, Gordaliza A, Casaus P. Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2022;42(141):187-205. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352022000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Gobierno Vasco. Plan de prevención al suicidio en Euskadi [Internet]. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EUSKADI. 2019. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf
8. GatezBerri. La Justicia ordena paralizar el suministro no vigilado de psicofármacos en las cárceles vascas [Internet]. Noticias de Euskadi. 2020 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://gasteizberri.com/2020/11/la-justicia-ordena-paralizar-el-suministro-no-vigilado-de-psicofarmacos-en-las-carceles-vascas/
9. Bicknell M, Farmer D, Watson C, Royal College of General Practitioners Secure Environments Group. Safer Prescribing in Prisons. Londres; 2019.
10. Vidal Fuentes J. Gabapentinoides: seguridad y uso en el punto de mira. Rev la Soc Española del Dolor. 2019;26(5):261-2.
11. Evoy KE, Morrison MD, Saklad SR. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. Drugs. marzo de 2017;77(4):403-26.
12. Kuehn BM. Growing Role of Gabapentin in Opioid-Related Overdoses Highlights Misuse Potential and Off-label Prescribing Practices. JAMA [Internet]. 4 de octubre de 2022 [citado 8 de enero de 2023];328(13):1283-5. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2796287
13. Kuehn BM. Gabapentin Increasingly Implicated in Overdose Deaths. JAMA [Internet]. 28 de junio de 2022 [citado 8 de enero de 2023];327(24):2387. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2793648
14. Gobierno de España. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Boletín Oficial del Estado BOE-A-2002-22188 2002. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
15. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. [A new prison health care model: the experience of the Basque Country]. Rev española Sanid Penit. 2012;14(3):91-8.
16. Gobierno de España- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-1995-25444, 281 Boletín Oficial del Estado; nov 24, 1995. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444
17. Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE-A-1996-3307 1996 p. 1-96.
18. Villarejo Ramos A. El criterio de causalidad en la valoración de la imputabilidad de los trastornos de la personalidad. Cuad Med Forense. 2003;(33):25-33.
19. Dyer W, Cassidy K, Ridley L, Biddle P, McClelland N, Brandon T. The Development of a Prison Mental Health Unit in England: Understanding Realist Context(s). Int J Forensic Ment Health [Internet]. 2021;20(2):101-17. Disponible en: https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1830890



CAPÍTULO

14

MODELO CATALÁN PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JUDICIALIZADAS: UNA REFERENCIA DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS

¿Cómo se constituye el modelo sanitario público de atención a la salud mental de Cataluña?

El sistema sanitario público de Cataluña está formado por todas las entidades que prestan servicios en el ámbito de la salud. Se creó formalmente en 1990 con la aprobación de la **Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)** (1), con la voluntad de **integrar en una sola red de utilización pública a todos los recursos sanitarios con la participación de diversos proveedores y fórmulas de gestión.**

La LOSC definió la red hospitalaria de utilización pública (1986), primera de su tipo, que aglutinaba a centros de diversa titularidad y formalizaba la colaboración continuada y estable de los hospitales que prestaban servicios sanitarios públicos. Posteriormente se fueron constituyendo otras redes, como la sociosanitaria y la de salud mental (2).

De este modo, se situó a la **atención en salud mental en una forma de asistencia sanitaria moderna** que otros países ya desarrollaban, **basada en redes de recursos sanitarios y comunitarios** que se alejaba de los modelos que confinaban a las personas con trastornos de su salud mental en lugares de exclusión y cuyas formas de atención giraban alrededor del hospital psiquiátrico, una institución que, con su función residencial y custodial, sostenía y ordenaba entre sus muros toda la vida de las personas internas.

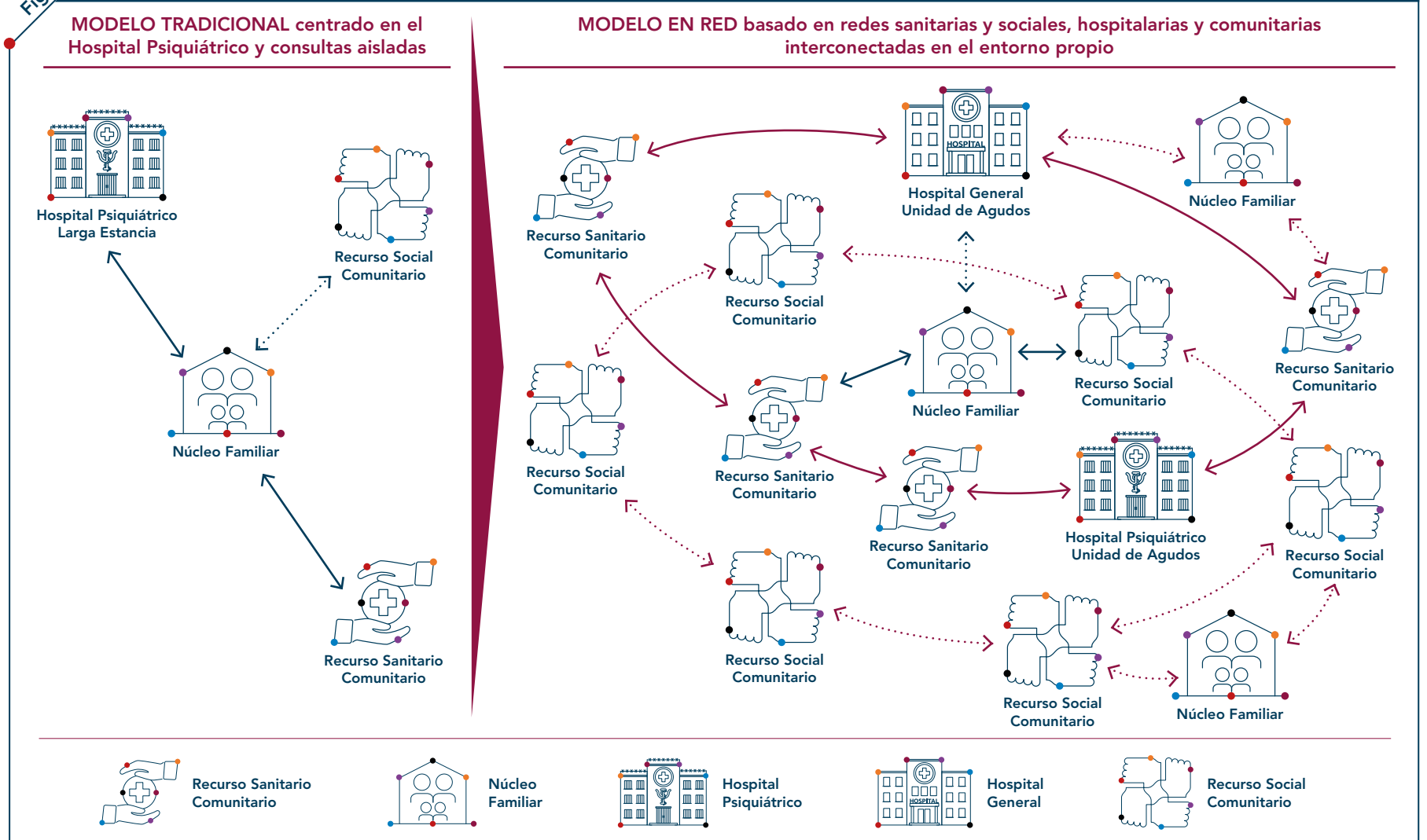
El nuevo paradigma de atención pretende una atención en salud mental inserta en la comunidad que procura tratar y mantener a la persona con un trastorno de su salud mental, incluyendo a las personas con un TMG, en redes de recursos sanitarios y sociosanitarios interconectados (Figura 14.1) (3).

En el año 2000, con el fin de definir un marco estable de entidades proveedoras de servicios asistenciales, se creó el **sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña** (SISCAT, *Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya*) (4), que **integra a las redes asistenciales en un solo sistema. El SISCAT ha ayudado a optimizar las infraestructuras existentes, consolidar alianzas estratégicas entre proveedores y favorecer la continuidad y la integración asistencial.** Con la voluntad de avanzar en la concepción integral e integrada del sistema, se reformó el SISCAT incluyendo todas las redes por el tipo de servicios que prestan (internamiento, comunitario, transporte y otros servicios sanitarios) (2). Una parte de las entidades del sistema están participadas por el Departamento de Salud (5) o el *Servei Català de la Salut* (CatSalut) (6), por empresas públicas (entidades de derecho público sometidas al ordenamiento jurídico privado y sociedades mercantiles), consorcios y fundaciones.

Los ámbitos del SISCAT comprenden la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria, la Atención Sociosanitaria y la Atención de la Salud Mental. El SISCAT se compone actualmente de 68 centros hospitalarios en toda Cataluña, 434 equipos de atención primaria, 102 centros sociosanitarios, 40 centros de salud mental, además del transporte sanitario urgente y no urgente (2). Estos dispositivos asistenciales están gestionados por entidades de titularidad pública, como es el caso del *Institut Català de la Salut* (ICS) (7), pero también por consorcios, fundaciones y entidades privadas con las

Figura 14.1

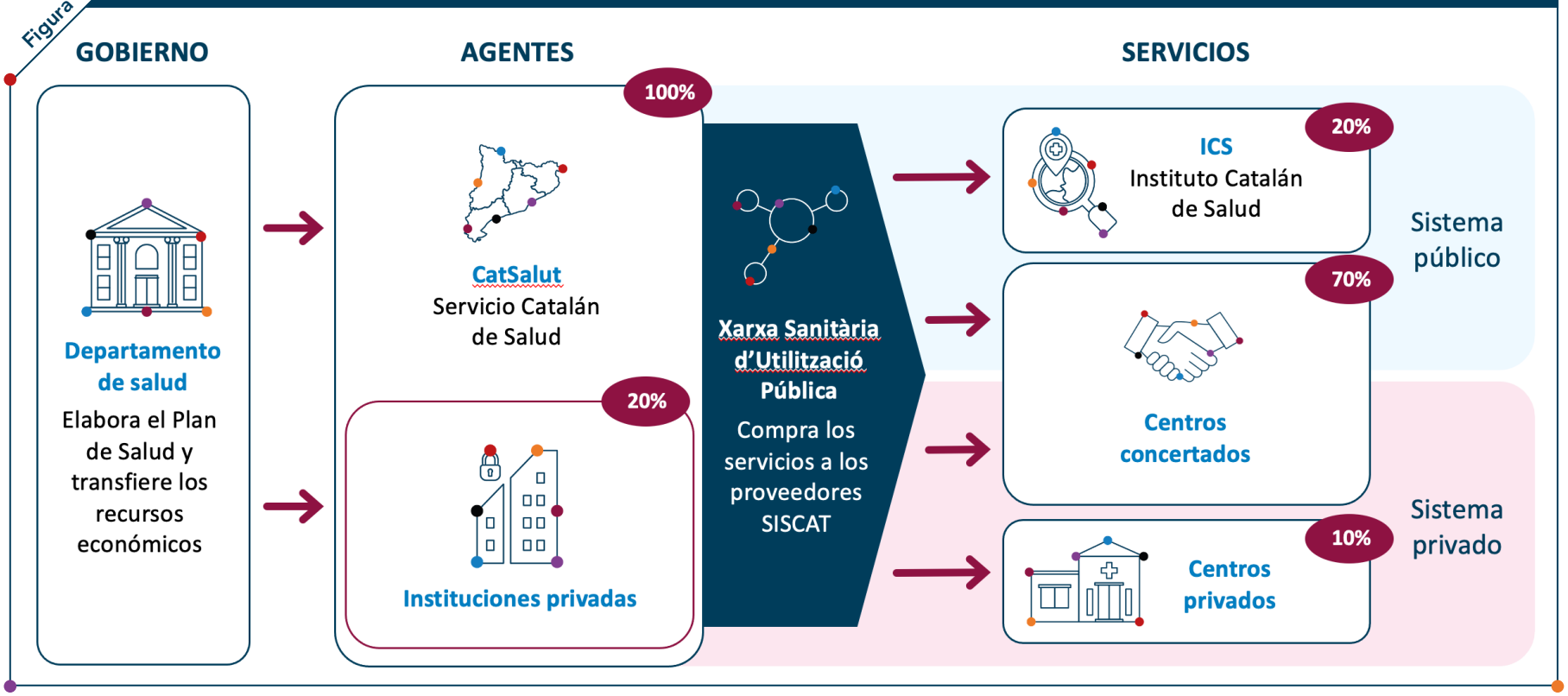
Representación esquemática del cambio de modelo asistencial tradicional en salud mental hacia un modelo de atención sociosanitaria en red en la comunidad



que el **CatSalut establece un concierto para la prestación de servicios asistenciales** (Figura 14.2).

El ICS es la empresa pública de servicios de salud más grande de Cataluña, está adscrita al *Departament de Salut* de la Generalitat de Cataluña y está organizada en 9 gerencias territoriales y su Centro Corporativo. El ICS gestiona casi el 80% de los equipos de atención primaria y, en el ámbito hospitalario, gestiona 8 hospitales. El sector concertado lo conforman las entidades proveedoras de titularidad privada, históricamente dedicadas a la atención sanitaria (mutuas, fundaciones, consorcios, órdenes religiosas, entre otros), con las que el CatSalut contrata la prestación de servicios asistenciales y que gestionan la mayor parte del ámbito hospitalario, sociosanitario

Figura 14.2 Representación esquemática de la organización del sistema catalán de salud



y de salud mental (8). En muchos de estos centros e instituciones, se llevan a cabo, además, otras actividades necesarias para garantizar la excelencia en la atención médica, como docencia y formación de especialistas en Medicina, Farmacia y Enfermería, e investigación biomédica.

El nuevo paradigma asistencial pretende una atención en salud mental inserta en la comunidad que procura tratar y mantener a la persona con un trastorno de su salud mental, incluyendo a las personas con un TMG, en redes de recursos sanitarios y sociosanitarios interconectados.

Estos centros e instituciones deben superar periódicamente un proceso de acreditación de calidad y seguridad de sus instalaciones y prestaciones, que incluye más de 550 estándares, para continuar prestando servicios a las personas residentes aseguradas por el CatSalut (9). Este sistema de evaluación periòdica es realizado por la *Central de Resultats* (10), dependiente de la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* (AQuAS) (11). Tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados, en el ámbito de la asistencia sanitaria, por los diferentes agentes del SISCAT. Desde el año 2012, se publican, de manera nominal, informes con una amplia selección de indicadores relativos a la calidad de los centros de los diferentes ámbitos: hospitales, equipos de atención primaria, centros sociosanitarios, centros de salud mental y adicciones, territorial, salud pública, emergencias médicas, formación sanitaria especializada e investigación en ciencias de la salud. Estos informes generales se complementan con monográficos específicos sobre temas puntuales e infografías dirigidas a la ciudadanía (10).

¿Cómo es el modelo sanitario penitenciario en Cataluña? Su historia

El **modelo sanitario penitenciario de Cataluña** se inicia a partir de cuatro hechos clave: el **primero**, tiene lugar en el año 1983, cuando **se transfirieron las competencias de sanidad** (centros y servicios sanitarios y sociales) a Cataluña; y el **segundo**, el 1 de enero de 1984, en virtud del Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre (12), momento en que **se transfieren las competencias en materia penitenciaria.** En consecuencia, Cataluña, de acuerdo con el Estatuto de Autonomía, tiene la **competencia en materia de ejecución penitenciaria.** Esta competencia comporta gestionar y organizar íntegramente la política, el personal y los establecimientos de los centros penitenciarios de acuerdo con la legislación española, excepto de determinados delitos como terrorismo, o bandas organizadas.

La legislación aplicable al sistema penitenciario es la misma para todo el estado español y está integrada por la Constitución Española de 1978 (13), la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979 (14), el Código Penal de 1995 (15) y el Reglamento Penitenciario de 1996 (16).

Aunque la base legal es la misma para todo el estado español, en la práctica existen dos sistemas políticos administrativos con competencias en la organización y gestión del sistema penitenciario en Cataluña: 1. la Administración Penitenciaria del estado español; 2. la Administración Penitenciaria de Cataluña. El *Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya* tiene competencias y actúa exclusivamente sobre la política de ejecución penitenciaria en Cataluña a través de la *Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justicia Juvenil.*

El **tercer hecho clave** en la **constitución del modelo sanitario de Cataluña para la atención sanitaria de la salud mental penitenciaria** ocurre en 1991 cuando se firma un **convenio entre el *Departament de Salut* y el *Departament de Justicia*** (responsable de la sanidad penitenciaria en ese momento) **para garantizar una adecuada asistencia sanitaria a las personas internas en los centros penitenciarios** (17).

En 2001, acontece un **cuarto hecho clave** para la atención a la salud mental de las personas internas en Cataluña dado que se establece un **convenio entre el *Departament de Salut*, el *Departament de Justícia* y la *Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu*, para crear el plan de atención a las necesidades en el ámbito de la salud mental penitenciaria.** Este convenio fue **redactado por una comisión de expertos en salud mental a propuesta del *Departament de Salut* y el *Departament de Justícia*.**

Hasta ese momento, el modelo de atención a las necesidades en salud mental en los centros penitenciarios en Cataluña era similar al del resto del estado español con enfermerías psiquiátricas dentro de los centros penitenciarios; es decir, estructuras arquitectónicas funcionalmente similares a módulos residenciales que no constituían unidades sanitarias y a cargo de personal sanitario perteneciente al *Departament de Justicia*.

Con la firma del convenio se alcanzan **dos hitos históricos**:

1. **El personal que atiende a la salud mental dentro de los centros penitenciarios pasa a pertenecer a una entidad puramente sanitaria**, que es *Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental*, proveedor de uso público, y gestión privada, siguiendo el modelo de provisión de servicios sanitarios más habitual de Cataluña.
2. La **implementación de una serie de estructuras de carácter sanitario como alternativa a las enfermerías en el ámbito penitenciario** que se traduce en dos acciones básicas:
   - Puesta en marcha de la **Unidad Polivalente del Centro Penitenciario *Quatre Camins*** (Barcerlona), en el año 2001
   - Inauguración en el año 2003 de la **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C)**, ubicada en el Centro Penitenciario Brians 1 (Barcerlona)

La apertura de la **UHPP-C en el Centro Penitenciario Brians 1** es el **gran logro sanitario** de este convenio, pues se trata de una **unidad de gestión clínica 100% sanitaria, con servicios de urgencias, agudos, subagudos, media estancia, y tránsito a la comunidad,** jurídicamente catalogada como **hospital, mixto, y con carácter supra sectorial**, por lo que atiende a toda la población penitenciaria de Cataluña, que se encuentra en régimen cerrado.

En 2006, se publica el Decreto 399/2006, de 24 de octubre (18), por el que se asigna al *Departament de Salut* las funciones para el cuidado de la salud de las personas privadas de libertad y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil. Así, **el sistema actual de atención sanitaria dentro de los centros penitenciarios catalanes forma parte de la red sanitaria de utilización pública del *CatSalut*. El proveedor de atención primaria penitenciaria es el ICS y los proveedores de asistencia en salud mental especializada son las entidades concertadas de cada territorio.**

La apertura de la UHPP-C en el Centro Penitenciario Brians 1 (Barcerlona) es el gran logro sanitario inicial, pues se trata de una unidad de gestión clínica 100% sanitaria, con servicios de urgencias, agudos, subagudos, media estancia, y tránsito a la comunidad, jurídicamente catalogada como hospital, mixto, y con carácter supra sectorial, por lo que atiende a toda la población penitenciaria de Cataluña, que se encuentra en régimen cerrado.

A partir de este momento, **se desarrolla la red de salud mental penitenciaria en Cataluña centrada en la promoción de la atención en la comunidad de las personas judicializadas.** En el año 2007, se abre el Centro Penitenciario Brians 2 (Barcerlona), y en el año 2009, se abre la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Catalunya (UHRPI-C), ubicada en este centro, con carácter supra sectorial, con una dotación inicial de 22 plazas. Durante el año 2018, se amplía a un total de 80 plazas para personas internas en proceso de rehabilitación y de tránsito a la comunidad, tanto en cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico, como en cumplimiento de pena.

El sistema actual de atención sanitaria dentro de los centros penitenciarios catalanes forma parte de la red sanitaria de utilización pública del CatSalut. El proveedor de atención primaria penitenciaria es el ICS y los proveedores de asistencia en salud mental especializada son las entidades concertadas de cada territorio.

En el año 2017, **el gobierno de Cataluña prioriza la necesidad de mejorar la atención de la salud mental en el ámbito penitenciario,** impulsándose **desde el *Departament de Salut* y el *Departament de Justicia*,** la **creación de una cartera de servicios de atención en salud mental** que garantice el abordaje, en la comunidad, integral y con equidad, de la atención a las personas con problemas de su salud mental. Se llevan a cabo diversas acciones de relevancia significativa por su impacto positivo, como las que se describen a continuación:

1. Se cierra la prisión Modelo de Barcelona. La atención a la salud mental de la población interna se traslada a la UHPP-C en Brians 1.
2. Se amplía de 22 a 80 plazas la UHRPI-C en Brians 2.
3. Se cierra temporalmente la enfermería de *Quatre Camins* para reconvertirla en unidad sanitaria.
4. Se implementa un **programa de soporte ambulatorio a los centros penitenciarios de Cataluña, como parte del Programa de Soporte a la Primaria** (PSP).
5. Se implementa el **programa de servicios Individualizados en el ámbito penitenciario**, dirigido a las **personas internas que presentan un TMG y se encuentran en régimen de semilibertad**, ya sea en centro abierto, sección abierta o unidad dependiente.

En el año 2022, está pendiente la reapertura de la unidad de rehabilitación de *Quatre Camins*, para completar la **oferta para la atención sanitaria en salud mental de las personas judicializadas**, dependiente y gestionada por el *Departament de Salut*, **de funcionamiento en red, que prioriza la atención en la comunidad, de alta especialización, con profesionales especialistas en salud mental.**

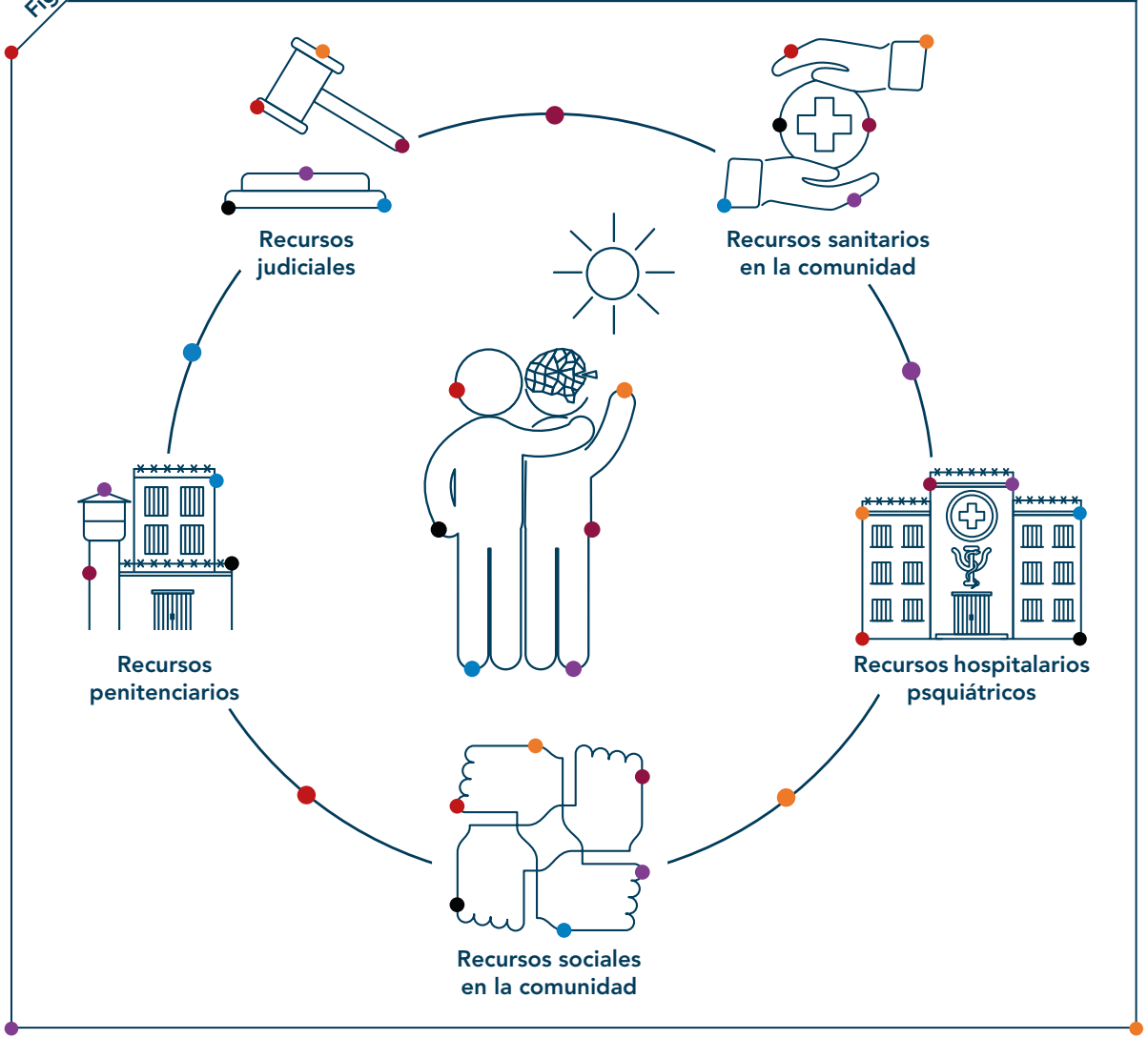
Se desarrolla la red de salud mental penitenciaria en Cataluña centrada en la promoción de la atención en la comunidad de las personas judicializadas.

¿Cuál es el fundamento del modelo de atención a la salud mental en el entorno penitenciario en Cataluña?

Todas las intervenciones en salud mental que se realizan en el ámbito psiquiátrico penitenciario en Cataluña se basan en la recuperación centrada en la persona. El concepto de recuperación centrada en la persona hace referencia al **fortalecimiento de las propias capacidades y al desarrollo de nuevas habilidades enfocadas a mejorar su calidad de vida** (19). Este abordaje dota a la persona de herramientas que facilitan el desarrollo de un proyecto de vida propio, de acuerdo con sus posibilidades, máximo potencial, expectativas y valores, con el objetivo de que la persona recupere el control activo de su propia vida a pesar de que los síntomas de su trastorno mental persistan. La atención orientada a la recuperación es lo que los profesionales responsables del tratamiento y rehabilitación en salud mental ofrecen para respaldar los esfuerzos de recuperación de la persona a largo plazo. La promoción del bienestar mediante el autocuidado y la intervención temprana, tanto mental como física, es un componente importante de la misma (19). Este abordaje responde a la **necesidad de mantener en la comunidad a las personas judicializadas con TMG el mayor y mejor tiempo posible, facilitando la reinserción comunitaria, manteniendo los vínculos comunitarios del individuo con su familia y su entorno, dotando de calidad a la atención sociosanitaria de este colectivo** (Figura 14.3).

Figura 14.3

Recuperación centrada en la persona: modelo de atención a la salud mental en el entorno penitenciario en Cataluña



El abordaje terapéutico con estas características se alinea con los principios 3, 7 y 9 para la protección de las personas con trastorno mental y la mejora de la atención de la salud mental acordados por las Naciones Unidas (20) en 1991 y que se muestran en el cuadro de texto 14.1.

¿Qué proveedores de servicios y recursos en salud mental penitenciaria existen?

En la provincia de Barcelona, el proveedor de servicios es *Sant Joan de Déu Xarxa de Salut Mental*, integrada dentro del *Parc Sanitari Sant Joan de Deu* (PSSJD) que gestiona también las unidades de hospitalización para toda la población penitenciaria de Cataluña. En la provincia de Barcelona, la gestión de la salud mental ambulatoria para las personas pertenecientes al Centro Penitenciario de Lledoners, ubicado en Manresa, es realizada por la Fundació Althaia. En la provincia de Girona, el proveedor de servicios de salud mental ambulatoria es gestionada

Cuadro de texto 14.1.

Principios para la protección de las personas con una trastorno mental y la mejora del cuidado de la salud mental de las Naciones Unidas, Instrumento Universal para los Derechos Humanos (20)

Principio 3

La vida en la comunidad

1. Toda persona con trastorno mental tendrá derecho a vivir y trabajar, en lo posible, en la comunidad.

Principio 7

Papel de la comunidad y la cultura

1. Todo paciente tiene derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en que vive.
2. Cuando el tratamiento tenga lugar en un centro de salud mental, el paciente tendrá derecho, siempre que sea posible, a ser tratado cerca de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad tan pronto como sea posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a su cultura.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en el entorno menos restrictivo y con el tratamiento menos restrictivo o intrusivo adecuado a las necesidades de salud del paciente y la necesidad de proteger la seguridad física de los demás.
2. El tratamiento y cuidado de cada paciente se basará en un plan prescrito individualmente, discutido con el paciente, revisado regularmente, revisado según sea necesario y proporcionado por personal profesional cualificado.
3. La atención de la salud mental se prestará siempre de conformidad con las normas éticas aplicables a los profesionales de la salud mental, incluidas las normas internacionalmente aceptadas, como los Principios de ética médica adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nunca se abusará del conocimiento y las habilidades de salud mental.
4. El tratamiento de todo paciente estará dirigido a preservar y potenciar la autonomía personal.

por *Institut d'Assistència Sanitària* (IAS). En la provincia de Lleida, el proveedor es *Gestió de Serveis Sanitaris* (GSS) y en la provincia de Tarragona, el *Institut Pere Mata* (IPM). Los diversos recursos y equipos de atención a la salud en los centros penitenciarios se organizan en los distintos territorios como se muestra en la Figura 14.4.

Recursos hospitalarios

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C)

En el año 2003, se creó la **UHPP-C** en el Centro Penitenciario Brians 1. Es una **unidad mixta** que garantiza el **mismo abordaje diagnóstico y terapéutico a personas de todos los géneros, en diferente situación judicial,** tanto en situación de prisión preventiva como cumpliendo una pena privativa de libertad o cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico.

Se encarga del **diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos de salud mental detectados en centros penitenciarios de Cataluña**, que requieran **ingreso hospitalario, o que puedan beneficiarse de algunos de los programas específicos** que se desarrollan en la unidad (21). No se trata de una unidad para cumplimiento de medidas de seguridad ni es una unidad para prevención de delitos ni una unidad pericial, pero tiene algunas características diferenciales porque todos los pacientes han cometido, real o presuntamente algún delito, probablemente por impulsividad que presupone un riesgo para la seguridad propia o de otras personas por lo que **se trata de una unidad de alta contención**. A la situación clínica de las personas ingresadas en la UHPP-C, se añade la complejidad legal de cada caso por lo que **los criterios de ingreso son médicos mientras que los de alta son médicos-legales** (21).

Como recurso supra sectorial, la UHPP-C es una de las tres unidades que centraliza los servicios penitenciarios de atención a la Salud Mental de Cataluña por lo que **mantiene una relación funcional constante con los distintos recursos de los diferentes centros penitenciarios catalanes.** Con un total de 66 camas de internación disponibles, la UHPP-C comprende distintos servicios y unidades con objetivos específicos en función de su nivel asistencial, tal y como se describe a continuación:

1. **Servicio de urgencias psiquiátricas:** servicio **24 horas / 365 días** para la población penitenciaria catalana, incluyendo a aquellas personas que llegan con una orden judicial de ingreso en una unidad hospitalaria psiquiátrica penitenciaria.
2. **Unidad de ingreso de pacientes agudos:** de máxima seguridad psiquiátrica. Consta de 10 camas monitorizadas y con una estancia media de 8,58 días (año 2021).
3. **Unidad de pacientes subagudos:** consta de 39 camas y 3 habitaciones individuales monitorizadas con una duración media de la estancia del paciente en la unidad de 73,9 días (año 2021).

Figura 14.4

Distribución de recursos asistenciales sanitarios en salud mental en los centros penitenciarios de los distintos territorios de Cataluña

1. CP Ponent

Gestió Serveis Sanitaris (GSS):

Equipo SAASM:
- 1 médico psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Equipo PSI (Medio Abierto Lleida):
- 1 gestor de casos

Dispositivos:
- Enfermería

2. CP Mas d'Enric

Institut Pere Mata (IPM):

Equipo SAASM:
- 1 médico psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Equipo PSI (Medio Abierto Tarragona):
- 1 gestor de casos

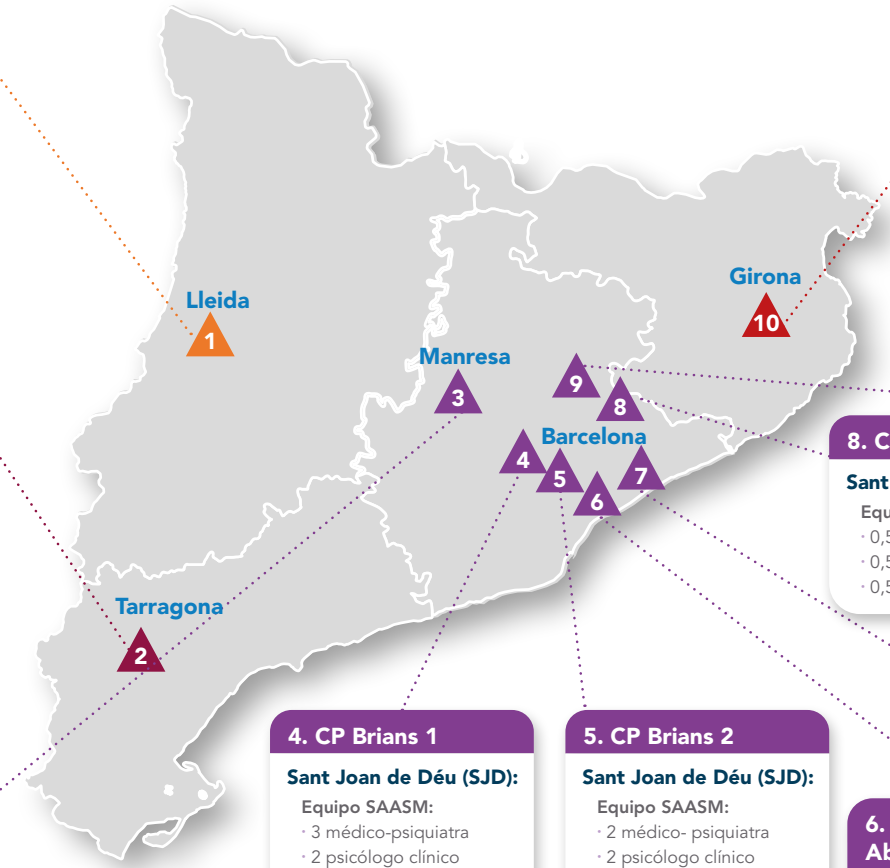
Dispositivos:
- Módulo Integración Diversidad
- Enfermería

3. CP Lledoners

Althaia:

Equipo SAASM:
- 1 médico psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Dispositivos:
- Enfermería



4. CP Brians 1

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo SAASM:
- 3 médico-psiquiatra
- 2 psicólogo clínico
- 0,5 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Dispositivos:
- UHPP de Catalunya
- Enfermería psiquiátrica
- CAS

5. CP Brians 2

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo SAASM:
- 2 médico- psiquiatra
- 2 psicólogo clínico
- 0,5 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Dispositivos:
- UHRPI de Catalunya
- CAS

6. Centros Medio Abierto BCN

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo PSI:
- 5,5 gestor de casos

7. CP Wad Ras

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo SAASM:
- 0,3 médico-psiquiatra
- 0,3 psicólogo clínico
- 0,5 enfermero

8. CP Joves

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo SAASM:
- 0,5 médico-psiquiatra
- 0,5 psicólogo clínico
- 0,5 enfermero

9. CP Quatre Camins

Sant Joan de Déu (SJD):

Equipo SAASM:
- 2 médico-psiquiatra
- 2 psicólogo clínico
- 0,5 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Dispositivos:
- Unitat Polivalent

10. CP Puig de les Basses

Institut Assistència Sanitària (IAS):

Equipo SAASM:
- 1 médico psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 enfermero

Equipo PSI (Medio Abierto Girona):
- 1 gestor de casos

Dispositivos:
- Enfermería

CP: centro penitenciario; **PSI:** Programa de Soporte Individualizado; **SAASM**: Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental *(Servei d'Atenció Ambulatòria en Salut Mental)*

4. **Unidad de atención preventiva y precoz del TMG:** consta de 8 camas destinadas a personas que precisan iniciar un tratamiento rehabilitador, antes de tener una sentencia firme. La estancia media es de 198,3 días (año 2021).

5. **Unidad de rehabilitación intensiva de mujeres:** consta de 6 camas destinada a los ingresos para rehabilitación de las mujeres internas en cualquiera de los centros penitenciarios catalanes; esta población actualmente representa 6,6% del total de las personas internas. La duración en promedio de la estancia de las pacientes en esta unidad es de 166,9 días (año 2021).

La tabla 14.1, basada en datos del año 2021, denota que la mayoría de las personas ingresadas en la UHPP-C son hombres que cumplen una pena e ingresan a la unidad de agudos y subagudos mientras que la unidad preventiva y la unidad de rehabilitación de mujeres comparten un número similar de personas ingresadas a lo largo del año. La duración de la estancia media se corresponde con lo esperado para la naturaleza y objetivos de cada uno de estos recursos: en una unidad de agudos, las personas están un tiempo corto comparado con unidades de prevención o rehabilitación.

Tabla 14.1

Distribución por género y situación judicial del total de personas ingresadas y externalizadas de la UHPP-C en el año 2021, por unidad de ingreso y estancia media

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	DISTRIBUCIÓN				
Género					
hombres	64%				
mujeres	36%				
Situación judicial al ingreso (n=444)					
medida preventiva, n	189				
medida seguridad, n	35				
pena/condena, n	220				
	Total	**Unidad agudos**	**Unidad subagudos**	**Unidad preventiva**	**Unidad rehabilitación (mujeres)**
Ingresos, n	444	286	135	12	11
Altas, n	440	283	135	12	10
Estancia media (días, n)	---	8,58	73,90	198,33	166,90

Equipo de trabajo

En la UHPP-C trabajan aproximadamente 100 personas que pertenecen a distintos grupos profesionales. El grupo más numeroso es el de **continuidad asistencial, que corresponde mayoritariamente a personal de enfermería,** distribuido en las distintas unidades de la UHPP-C.

El resto del equipo multidisciplinar está formado por **profesionales de psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, educación social, integración social y personal administrativo** que dependen del referente clínico de la UHPP-C y del coordinador de Área Penitenciaria del PSSJD. Estos profesionales prestan servicio en todas las unidades de la UHPP-C (Tabla 14.2).

Tabla 14.2

Equipo multidisciplinar: actividad profesional, número de profesionales y dedicación semanal a la atención sociosanitaria de las personas internas en la UHPP-C en el año 2021

ACTIVIDAD PROFESIONAL	PROFESIONALES, N	HORAS/ SEMANA, N
Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería	52	1.548,99
Graduados en Enfermería y Enfermería Especializada en Salud Mental	26	762,89
Psiquiatría	8	385,32
Médico de Familia	1	38,50
Psicología Clínica	2	63,74
Educación Social e Integración Social	7	214,04
Trabajo Social	2	61,15
Personal Administrativo	2	61,15
TOTAL	99	3.097,29

Proceso de derivación

El ingreso de una persona en la UHPP-C es siempre indicado por el médico psiquiatra de guardia. El ingreso puede ocurrir desde los servicios de emergencia o desde los servicios de atención ambulatoria a través del PSP. Una vez se le asigna un psiquiatra referente y se realiza un diagnóstico, se valora la idoneidad de que la persona continúe ingresada, o no, en cualquiera de las unidades de la UHPP-C. Se realiza una reunión de coordinación en la que los profesionales del equipo multidisciplinar establecen las distintas necesidades de la persona y se elabora un plan terapéutico individualizado (PTI).

Diagnósticos al alta

El diagnóstico más habitual al alta UHPP-C, en al año 2021, fue la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos del trastorno por uso de sustancia y el trastorno de la personalidad (Tabla 14.3).

Tabla 14.3

Distribución por diagnósticos al alta del total de personas ingresadas en la UHPP-C en el año 2021

DIAGNÓSTICOS AL ALTA UHPP-C (N=440)	%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	34%
Trastorno bipolar	2%
Trastornos depresivos	10%
Trastorno de ansiedad	10%
Trastornos del control de impulsos y otras conductas disruptivas	3%
Trastorno por uso de sustancias	20%
Trastornos del neurodesarrollo	10%
Trastornos neurocognitivos	3%
Trastornos de la personalidad	13%
Otros trastornos	4%
Sin diagnóstico	1%

Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Catalunya (UHRPI-C)

Esta unidad se abrió en el año 2009 con 22 camas y se incrementó su capacidad hasta 80 camas en el año 2018. Consta de tres servicios diferenciados, que son:

1. **Unidad de observación:** con 5 camas, en régimen de **ingreso de corta estancia**, para atender a las necesidades en salud mental de la población interna que se encuentra en el propio Centro Penitenciario Brians 2 y que **no requiere los cuidados especializados** de la UHPP-C.
2. **Unidad de rehabilitación intensiva:** cuenta con 55 camas, destinadas a las personas que requieren **atención en salud mental, integral y rehabilitadora**, y que están cumpliendo una pena o una medida de seguridad de **internamiento psiquiátrico.**
3. **Unidad de tránsito a la comunidad:** cuenta con 20 camas, para atender a las personas con un trastorno mental que se encuentran en los **2 años previos a la excarcelación.** En esta unidad **se intensifica el proceso rehabilitador** con el objetivo de que la persona pueda regresar a la comunidad, y de **reinserción al territorio.**

La UHRPI-C es la unidad de más alta especialización en rehabilitación en salud mental penitenciara de referencia en Europa. Atiende de forma **supra sectorial** a toda la población penitenciaria catalana con un trastorno mental con un **equipo multidisciplinar** y con el **abordaje hacia la recuperación de la persona.** Se organiza en un **continuum de dos programas por los que transita el paciente:** un **Programa de Rehabilitación** centrado en la recuperación de habilidades, funciones, y estabilización y control de los síntomas de la psicopatología. Este programa termina con el inicio del **Programa de Tránsito a la Comunidad** que incluye la salida de la persona de la UHRPI-C y continúa con el seguimiento durante su regreso a la comunidad e inserción en la comunidad. La UHRPI-C **funciona en red con el resto de los**

servicios ambulatorios del modelo de atención sociosanitaria de las personas judicializadas con problemas de su salud mental de Cataluña.

Equipo de trabajo

En la UHRPI-C trabajan alrededor de 90 personas distribuidas en diferentes grupos profesionales, con un número elevado de profesionales de continuidad asistencial y de especialistas en rehabilitación y recuperación, profesionales de educación social e integradores. Estos profesionales dependen del referente clínico de la UHRPI-C y del coordinador de Área Penitenciaria del PSSJD y trabajan en los dos programas de la unidad (Tabla 14.4).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y los trastornos por uso de sustancias fueron los diagnósticos al alta más frecuentes en el año 2021 (Tabla 14.5).

Se ha estimado que la a prevalencia de los trastornos de la salud mental y por consumo de sustancias de las personas internas en la unidad de tránsito a la comunidad alcanza el 81,4% a lo largo de la vida del individuo, siendo los trastornos por consumo de sustancias y TDAH los diagnósticos más frecuentes (51,4 y 31,4%, respectivamente) (22). **En el momento de salir a la comunidad, los trastornos de la salud mental y por abuso de sustancias llegan al 59,0%**, incluyendo los trastornos del aprendizaje (38,6%) y TDAH (16,4%). El trastorno de personalidad antisocial está presente en 12,5% de las personas judicializada en la unidad de

Tabla 14.4

Equipo multidisciplinar: actividad profesional, número de profesionales y dedicación semanal a la atención sociosanitaria de las personas internas en la UHRPI-C en el año 2021

ACTIVIDAD PROFESIONAL	PROFESIONALES, N	HORAS/ SEMANA, N
Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería	26	716,32
Graduados en Enfermería y Enfermería Especializada en Salud Mental	22	609,20
Psiquiatría	9	227,53
Psicología Clínica	5	100,61
Educación Social e Integración Social	22	607,79
Trabajo Social	2	61,15
Personal Administrativo	2	51,37
TOTAL	88	3.097,29

Tabla 14.5

Distribución por diagnósticos al alta del total de personas ingresadas en la UHRPI-C en el año 2021

DIAGNÓSTICOS AL ALTA UHRPI-C 2021	%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	66%
Trastorno por uso de sustancias	28%
Trastornos de ansiedad	3%
Trastorno del control de impulsos y otras conductas disruptivas	3%

tránsito a la comunidad. El **TDAH infantil tiende a aumentar el número de encarcelamientos**, mientras que las personas internas condenadas por un **delito violento tienen más probabilidades de presentar un trastorno del aprendizaje.** Tener un **diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias o múltiples trastornos psiquiátricos** se asocia tanto con el **encarcelamiento repetido** como con la **delincuencia violenta**. Se evidencia, así, **una alta tasa de trastornos mentales aún presentes entre las personas judicializadas que completan sentencias de prisión, por lo que es fundamental brindar atención psiquiátrica adecuada durante el encarcelamiento y después de la liberación para facilitar la reintegración comunitaria** (22).

Recursos ambulatorios

Programa de Atención Ambulatoria en Salud Mental

Como línea estratégica en las diferentes ediciones del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, y en las recomendaciones de organismos internacionales (23**), se contempla que los problemas de salud mental, incluidos los TMG, se atiendan, en la medida de lo posible, en el entorno comunitario y en el territorio propio de la persona** (24). Así, el modelo de atención ambulatoria a la salud mental penitenciaria tiene como propósito mejorar la atención y garantizar la provisión de servicios comunitarios en igualdad de condiciones a las personas judicializadas y a las que no lo están, así como la organización y coordinación entre los diferentes recursos implicados en el proceso terapéutico y rehabilitador, y de custodia y vigilancia (25).

El Programa de Soporte y Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria Penitenciaria (PSP) surge como consecuencia del acuerdo marco de colaboración entre el *Departament de Salut* y *Departament de Justícia* y de conformidad con lo establecido en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Por su parte el **Plan de Servicios Individualizados (PSI) es una de las herramientas del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña** vigente desde 1996 (26,27) para **acercar y adaptar los cuidados a las necesidades individuales.**

Se evidencia una alta tasa de trastornos mentales aún presentes entre las personas judicializadas que completan sentencias de prisión, por lo que es fundamental brindar atención psiquiátrica adecuada durante el encarcelamiento y después de la liberación para facilitar la reintegración comunitaria y minimizar la probabilidad de reincidencia en la comisión de delito.

Ambos surgen para responder a la necesidad de ofrecer una atención más idónea y orientada a las carencias individuales de las **personas con TMG** que se definen como **pacientes crónicos complejos**[1]. Tienen como objetivo **promover la atención multidisciplinar y efectiva, la coordinación con el resto de los**

Paciente Crónico de Salud Mental (PCSM) / Paciente Crónico Complejo de Salud Mental (PCCSM) con un diagnóstico principal de trastorno mental y de adicciones, presencia de comorbilidad psiquiátrica, discapacidad intelectual y / o patología orgánica relevante, y con afectación funcional y / o condiciones sociales adversas con una grave vulnerabilidad social o una inadecuada utilización de servicios sanitarios y sociales.

recursos terapéuticos penitenciarios para integrar, en la medida de lo posible, a la persona judicializada con trastorno mental en su entorno (28,29).

PSP y PSI surgen para responder a la necesidad de ofrecer una atención más idónea y orientada a las carencias individuales de las personas con TMG que se definen como pacientes crónicos complejos.

Programa de Soporte a la Primaria (PSP)

El PSP se crea en el año 2006 como parte del Plan Director de Salud Mental y Adicciones del *Departament de Salut de Catalunya* (30,31). Se trata de un modelo organizativo y de integración territorial de todos los recursos, servicios y dispositivos, sanitarios y sociales disponibles (de carácter preventivo, proactivo, transversal, integrado, participativo y comunitario) (27). Se trata de un **modelo de colaboración y apoyo entre el Centro de Atención Primaria (CAP) y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) con el objetivo de mejorar la atención a las necesidades en salud mental de los usuarios.** Esta labor se lleva a cabo a través de un equipo de **profesionales especialistas, formado por un psiquiatra, psicólogo, y enfermero que se desplazan al CAP.** Se lleva a cabo una atención directa con la que se realiza la detección precoz de signos y síntomas de descompensación, así como la prevención de conductas que comporten un riesgo autolítico o suicidio (32).

El programa tiene una **doble vertiente: formativa-apoyo técnico y terapéutica asistencial.** La intervención formativa se concreta en sesiones clínicas y espacios de interconsulta (asesoramiento al profesional). La intervención terapéutica-asistencial comprende desde visitas conjuntas con los profesionales de atención primaria hasta intervenciones psicoterapéuticas breves (31). **Cada centro penitenciario dispone de un equipo PSP que depende del proveedor de servicios en salud mental del territorio.**

El CSMA consiste en un equipo multidisciplinar situado en la comunidad, que trata ambulatoriamente a las personas mayores de 18 años que presentan algún trastorno mental. El servicio se encarga de la **continuidad de la atención, del apoyo a las familias y a la comunidad**, y participa en las **estrategias de rehabilitación y reinserción**. Prioriza el soporte a los profesionales de Asistencia Primaria (sanitaria y social), la atención a las personas con TMG y la coordinación con el conjunto del circuito (33) . **Los CSMA se organizan en red con recursos en el mismo y otros niveles asistenciales así como con los recursos sociales en la comunidad** (3)

El PSP tiene los siguientes **objetivos:**

- Mejorar la **accesibilidad al servicio de salud mental.**
- Favorecer la **continuidad asistencial** mediante un circuito de derivación y seguimiento establecido.
- Mejorar la **detección precoz y atención integra**l de las personas con trastorno mental y/o trastorno por uso de sustancias en los centros penitenciarios.

- **Mejorar las habilidades y capacidad resolutiva de los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) en relación con los problemas de salud mental** y, recíprocamente, garantizar la adecuada atención sanitaria general a las personas con un trastorno mental.
- Facilitar los **espacios de coordinación** entre el servicio de salud mental, los EAPP y los Equipos de Rehabilitación y Tratamiento Penitenciario (ERTP).
- Fomentar la autonomía y favorecer las **estrategias adaptativas de gestión y elaboración emocional, de resolución de conflictos y autocontrol** en coordinación con el resto de los integrantes de los equipos terapéuticos.

La tabla 14.6 muestra la población en los centros penitenciarios incluidos en el PSP de Barcelona contabilizados el último día del año 2021. En las tablas 14.7 y 14.8 se describen las visitas primeras, sucesivas y de otra naturaleza así como las visitas que corresponden a psiquiatría, psicología u otras especialidades sociosanitarias, respectivamente. El número de visitas a

Tabla 14.6

Número total de personas internas en los centros penitenciarios pertenecientes al PSP de Barcelona, año 2021

CENTRO PENITENCIARIO (CP)	POBLACIÓN EL ÚLTIMO DÍA DEL AÑO 2021, N
CP Brians 1 (Centro de preventivos + módulo mujeres)	1522
CP Brians 2 (Centro de cumplimiento)	1801
CP Quatre Camins (Centro de cumplimiento)	1795
CP Wad Ras (Centro de Mujeres)	407
CP Joves (Centro de Jóvenes)	1018

PSP: Programa de Soporte a la Primaria

Tabla 14.7

Número de visitas, primeras, sucesivas y de otra naturaleza realizadas por las personas judicializadas con un trastorno mental documentadas por el PSP de Barcelona, año 2021

CENTRO PENITENCIARIO (CP)	PRIMERAS VISITAS, N	VISITAS SUCESIVAS, N	VISITAS DE COORDINACIÓN, N	VISITAS PRESCRIPCIÓN DE INYECTABLES, N	OTRAS VISITAS
CP Brians 1	730	5333	677	167	258
CP Brians 2	575	4617	290	218	167
CP Quatre Camins	659	4470	682	291	300
CP Wad Ras (mujeres)	157	853	330	2	35
CP Joves	438	2435	251	69	3193

PSP: Programa de Soporte a la Primaria

Tabla 14.8

Número de visitas a psiquiatría, psicología clínica, enfermería y terapia ocupacional de las personas judicializadas con un trastorno mental documentadas por el PSP de Barcelona, año 2021

PSP 2021 VISITAS	PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA CLÍNICA	ENFERMERÍA	TERAPIA OCUPACIONAL	TOTAL
CP Brians 1	2829	2350	1549	438	7165 (2625 mujeres)
CP Brians 2	3855	682	951	379	5867
CP Quatre Camins	3317	1254	1575	256	6402
CP Wad Ras (mujeres)	569	172	304	--	1045
CP Joves	1371	393	1109	--	2873

CP: Centro penitenciario; **PSP:** Programa de Soporte a la Primaria

Tabla 14.9

Distribución de los diagnósticos documentados entre las personas judicializadas con un trastorno de su salud mental por el PSP de Barcelona, año 2021

DIAGNÓSTICOS	CP BRIANS 1	CP BRIANS 2	CP QUATRE CAMINS	CP WADRAS	CP JOVES
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	11%	22%	25%	10%	3%
Trastorno bipolar	3%	4%	3%	2%	--
Trastornos depresivos	16%	15%	9%	21%	25%
Trastornos de ansiedad	17%	13%	9%	22%	21%
Trastorno obsesivo compulsivo	1%	1%	--	--	--
Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés	1%	--	--	2%	1%
Trastornos disociativos	--	1%	--	--	--
Trastornos de la alimentación	--	--	--	2%	--
Trastornos del sueño-vigilia (insomnio)	4%	2%	1%	1%	1%
Trastornos del control impulsos y otras conductas disruptivas	2%	2%	3%	2%	16%
Trastorno por uso de sustancias	17%	21%	23%	9%	25%
Trastornos del neurodesarrollo	7%	7%	18%	2%	4%
Trastornos neurocognitivos	1%	--	--	--	--
Trastorno de la personalidad Cluster A	11%	2%	1%	2%	1%
Trastorno de la personalidad Cluster B	8%	10%	6%	20%	1%
Otros	--	--	--	3%	--
Sin diagnóstico	1%	1%	2%	1%	2%

CP: Centro penitenciario; **PSP:** Programa de Soporte a la Primaria

psiquiatría son significativamente más numerosas que las visitas a psicología clínica, enfermería o terapia ocupacional en cualquiera de los centros penitenciarios considerados.

La tabla 14.9 muestra la distribución por diagnósticos de las personas internas judicializadas atendidas en los centros penitenciarios correspondientes al PSP de Barcelona. Esquizofrenia y trastornos psicóticos son frecuentes en las unidades de rehabilitación mientras que los trastornos depresivos y por ansiedad prevalecen entre las personas de género femenino y entre las personas jóvenes. Entre las primeras, los trastornos de la personalidad clúster A son también habituales.

Programa de Soporte Individualizado (PSI)

En 2017 surge el PSI penitenciario a través del acuerdo de coordinación entre el *Departament de Salut* y el *Departament de Justicia* para el desarrollo de un Programa de Atención a la Salud Mental y las Adicciones (26) con el fin de **garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria de la salud mental en el medio comunitario una vez finalizado la intervención en el ámbito penitenciario mientras persisten las necesidades de tratamiento** (17).

El PSI es un **Programa de Continuidad Asistencial** (PCA), que se basa en un modelo de **atención clínica-social y de seguimiento intensivo** mediante la **asignación de un profesional Gestor de Casos/Coordinador del Proyecto Individualizado** (CPI) que promueve la **participación de la persona en su PTI.** El objetivo del PSI del ámbito penitenciario es garantizar la **continuidad asistencial acompañando a aquellas personas con un TMG, con riesgo alto de exclusión social como factor que contribuye a la incidencia y persistencia de los problemas de salud mental** (34).

Por lo tanto, **el PSI, por un lado, aborda las necesidades de la persona con trastorno mental con una perspectiva holística e integral para mejorar su calidad de vida y, por otro, potencia la permanencia de la persona en su entorno familiar.** Para ello, la provisión de servicios se hace principalmente a través de los **recursos domiciliarios y ambulatorios** con soporte de las **tecnologías de la información y comunicación**, optimizando el uso de estos dispositivos asistenciales para reducir la fragmentación del proceso de atención.

Se basa en un **modelo de recuperación, atendiendo a los principios de un modelo asertivo comunitario y centrado en la persona**, con las siguientes características (34):

- **Servicio específico** para las personas más **vulnerables y frágiles.**
- Cuidado por un equipo **multi-inter-disciplinar.**
- El equipo proporciona los cuidados de **forma integrada e intensiva.**
- **Elevadas ratios usuario-profesional: 10-12/1.**
- El lugar de atención es la **comunidad.**
- Los tratamientos y servicios de apoyo son **individualizados.**

El PSI, por un lado, aborda las necesidades de la persona con trastorno mental con una perspectiva holística e integral para mejorar su calidad de vida y, por otro, potencia la permanencia de la persona en su entorno familiar.

- La **cartera de servicios y tratamientos es exhaustiva y flexible.**
- **Cobertura las 24 horas.**
- **Enfoque asertivo.**
- Disponibilidad de máximas.

La población de referencia del PSI Penitenciario son las personas con problemas de salud mental y conductas adictivas, que se encuentran cumpliendo condena en semi-libertad (ya sea en régimen abierto o libertad condicional) en cualquier centro penitenciario de Cataluña (17). Los centros penitenciarios de medio abierto acogen a personas que se encuentran en tercer grado penitenciario y que, por sus condiciones personales, están capacitados para seguir su proceso de reinserción en semi-libertad. El medio abierto es una oportunidad para que la persona se incorpore de forma progresiva a la comunidad.

A diferencia de lo que sucede en la red convencional, **el PSI penitenciario tiene un carácter supra sectorial, en el sentido de que los casos de los que se hace cargo pueden tener un sector sanitario de referencia diferente y alejado al de la ubicación del Centro de Medio Abierto.** En estos casos, el PSI penitenciario es igualmente el responsable del caso, pero **transfiere la ejecución del plan de atención al equipo de salud mental del territorio de referencia de la persona con trastorno mental.** El profesional del PSI Penitenciario sigue siendo el interlocutor con el equipo del Centro de Medio Abierto, manteniendo la vinculación a lo largo de todo el proceso asistencial con la persona con trastorno mental y con los diferentes servicios que intervienen.

El PSI Penitenciario tiene los siguientes **objetivos:**

- **Identificar,** juntamente con los equipos de salud mental penitenciaria y el equipo de Medio Abierto, a las **personas internas susceptibles de beneficiarse del programa** PSI penitenciario
- **Evaluar y diagnosticar** las necesidades de atención derivadas del trastorno mental
- **Elaborar, ejecutar y evaluar el plan de actuación individual**
- **Facilitar el acceso y favorecer la vinculación a los recursos asistenciales, sanitarios y no sanitarios en la comunidad**
- **Coordinar** los servicios para garantizar la continuidad asistencial

Los datos descritos en la tabla 14.10 muestran que la actividad asistencial del PSI penitenciario de Barcelona ha sido el de seguimiento de las personas judicializadas con un trastorno mental. La mayoría de estas personas requieren, o bien un seguimiento corto, de hasta 6 meses, o largo, de hasta 3 años.

Tabla 14.10 Actividad asistencial realizada por PSI penitenciario de Barcelona en el año 2021

	RESULTADOS
Total población atendida, n	95 (hombres: 68; mujeres: 27)
Ingresos /altas, n	36/42
Pacientes Crónicos Complejos, n	51
Primeras Visitas, n	35
Visitas Sucesivas, n	5544
Otras visitas, n	2615
Personas en función de la duración del seguimiento, n	
1-6 meses	12
6-12 meses	7
1-2 años	8
2-3 años	15

PSI: Programa de Soporte Individualizado

Tabla 14.11 Distribución de los diagnósticos documentados entre las personas judicializadas con un trastorno de su salud mental por el PSI Penitenciario de Barcelona, año 2021

DIAGNÓSTICOS (N=95)	%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	26%
Trastorno bipolar	4%
Trastornos depresivos	2%
Trastorno por uso de sustancias	7%
Trastornos de la personalidad (Cluster B)	9%
Otros trastornos no correspondientes a pacientes crónicos complejos	52%

PSI: Programa de Soporte Individualizado

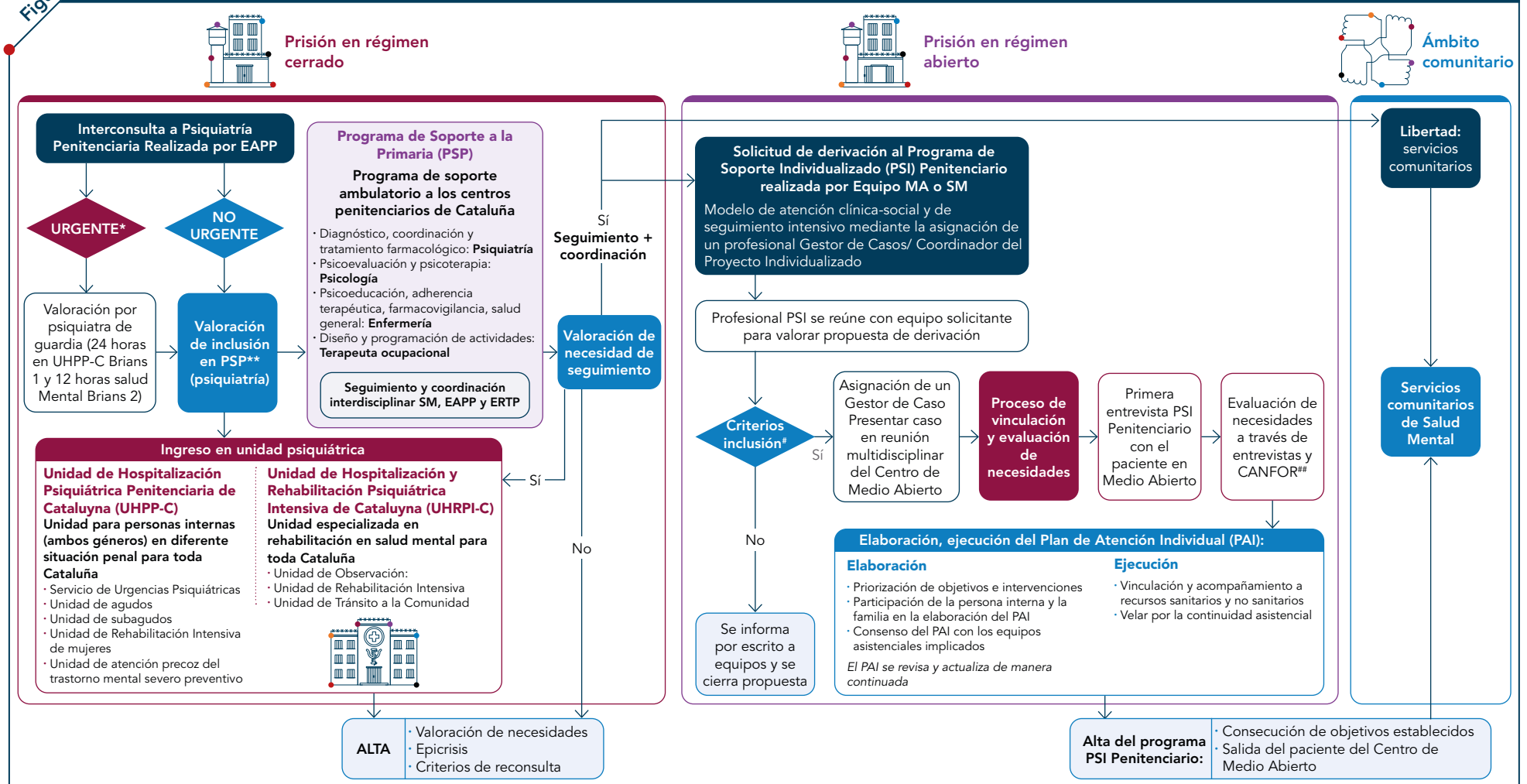
Aunque el número de pacientes crónicos complejos atendidos durante el año es significativo, la mayoría de los diagnósticos documentados corresponden a otro tipo de trastornos (Tabla 14.11).

En una muestra de 64 personas pertenecientes al Centro Abierto de Barcelona, el diagnóstico principal fue un trastorno límite de personalidad (34.4%), un trastorno esquizofrénico (26%), trastorno bipolar (10%), un trastorno depresivo mayor (9,4%) (36). Más del 80% de las personas atendidas presentaba además trastornos por uso de sustancias (incluidos alcohol, heroína y cocaína). Más de la mitad de los individuos (62,5%) presentaba problemas de vivienda y económicos; 75% expresaba condiciones económicas adversas al salir de prisión y 12% eran personas sin hogar. Estos datos denotan que gran parte de la población atendida por el PSI penitenciario presenta criterios de vulnerabilidad social importante que justifican este tipo de atención para favorecer la reinserción en la comunidad (35).

La figura 14.5 muestra cómo se relacionan entre sí los distintos recursos asistenciales disponibles en el ámbito penitenciario y comunitario en Cataluña para la asistencia sanitaria y social, de las personas judicializadas con un trastorno de su salud mental.

Figura 14.5

Flujos de derivación e interconexión entre los distintos recursos asistenciales disponibles para la atención sociosanitaria de las personas judicializadas con un trastorno de salud mental en Cataluña



EAPP: Equipos de Atención Primaria Penitenciaria, **ERTP:** Equipos de Rehabilitación y Tratamiento Penitenciario, **MA:** medio abierto; **PAI:** Plan de Atención Individual; **PSI:** Programa de Soporte Individualizado; **PSP:** Programa de Soporte a la Primaria; **SM:** salud mental; **UHPP-C:** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluyna; **UHRPI-C:** Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Cataluyna. (*) Criterios de derivación urgente: clínica psicótica o maníaca agudas, clínica depresiva grave, tentativa de suicidio o riego alto de suicidio, efectos secundarios de psicofármacos, agitación psicomotriz de causa psiquiátrica (**) Criterios de vinculación a PSP: trastornos mentales graves, patología dual trastornos graves de personalidad, discapacidad intelectual con patología mental asociada, valoración de riesgo suicida, valoración de pauta psicofarmacológica compleja (combinación de 3 o más), valoración de riesgo suicida, deterioro cognitivo con trastornos cognitivos o asociados, despistaje de simulación. (#) Criterios de inclusión: Persona interna ubicada en Centro de Medio Abierto, Persona interna con disfuncionalidad, dependencia, carencia de red social, Desvinculación de la red sanitaria, uso de varios servicios de SM de forma prolongada, prevision de uso de multiplicidad de servicios en el futuro

Recursos para la atención a la población con discapacidad intelectual y del desarrollo en los centros penitenciarios de Cataluña

Como elemento de la organización penitenciaria, **se diferencian módulos residenciales para personas con criterios de vulnerabilidad que incluyen, entre otros, discapacidad intelectual, fragilidad asociada a más edad, comorbilidad somática o trastornos de la salud mental. Las enfermerías de los centros penitenciarios cumplen, en ocasiones, esta labor.** Con este propósito destaca, por un lado, el **Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual** y, por otro lado, el **Módulo de Integración a la Diversidad**, en el que residen personas con necesidades especiales. Sin embargo, **estos módulos deberían destinarse al tratamiento y resolución de un problema concreto de salud y, por tanto, a la estancia de forma temporal.**

Actualmente, en el año 2022, **se está llevando a cabo una revisión del concepto de vulnerabilidad**, desde el punto de vista penitenciario, con la intención de ampliar la cobertura a esta población en los módulos residenciales.

Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo en los Centros y Servicios Penitenciarios de Cataluña.

En las prisiones catalanas, el perfil sociodemográfico y las principales características criminológicas de las **personas internas con discapacidad intelectual y del desarrollo** corresponde a una persona interna de **género masculino, con una media de edad de 33 años, nacional o extranjero indistintamente, que es reincidente penitenciario (92,3%) por un delito habitualmente de robo con violencia e intimidación (31,3%) o por un delito contra la propiedad (25%)** (36). Casi la totalidad de las personas internas son clasificadas en segundo grado y en situación de penadas. Suelen acumular una **media de 8,8 faltas disciplinarias** y un **44% ha realizado algún tipo de conducta autolesiva.** Con relación a los datos penitenciarios y la movilidad de estas personas, suelen recorrer una **media de 4 centros penitenciarios diferentes a lo largo de su condena** (37).

El **Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual** propone, como referencia, el Modelo de Calidad de Vida (38). Su objetivo general es **armonizar y facilitar los procesos de trabajo y del desarrollo** de las personas internas con discapacidad intelectual en el entorno penitenciario (39,40).

El perfil sociodemográfico de las personas internas con discapacidad intelectual y del desarrollo corresponde a una persona interna de género masculino, con una media de edad de 33 años, nacional o extranjera indistintamente, que es reincidente penitenciario (92,3%) por un delito habitualmente de robo con violencia e intimidación (31,3%) o por un delito contra la propiedad (25%).

El programa implica un **modelo de trabajo multidisciplinar entre los profesionales de prisión y los profesionales en la comunidad en las distintas regiones catalanas.** La **detección temprana** de estas personas es clave en el programa marco para proporcionar los apoyos adecuados tan pronto como sea posible (41).

Contempla la detección y la intervención centrada en ofrecer los soportes necesarios para **mejorar la calidad de vida de la persona** y así **aumentar las posibilidades de una reinserción sostenida en el tiempo.** Promueve, a su vez, la **excarcelación** de la población con discapacidad intelectual y del desarrollo **mediante la derivación a la red externa**, básica o especializada, e incluye la **intervención con las familias para implicarlas en el proceso de cumplimiento de condena** y capacitarlas en el ofrecimiento de apoyos a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (41).

Se establecen dos niveles de intervención: ambulatoria y residencial:

1. **Intervención ambulatoria especializada.** La intervención ambulatoria establece la **tutorización** de la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo **por los profesionales en la comunidad** en las distintas regiones catalanas. A partir de las necesidades e intereses de las personas destinatarias, se planifica y se lleva a cabo la intervención **en colaboración con los profesionales del centro penitenciario.** Así, la totalidad de la población penitenciaria con discapacidad intelectual y del desarrollo de Cataluña es atendida de manera ambulatoria a través del Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo, iniciado en el año 2013 y gestionado actualmente por la Unión Temporal de Empresas Abril, a través de un concierto del *Departament de Justicia* con las Fundaciones Catalonia y Ampans. El Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo cuenta con **profesionales en educación social, psicología, trabajo social e inserción laboral.**

2. **Intervención residencial especializada.** La intervención residencial se lleva a cabo en el **Departamento de Atención Especializada (DAE) para personas internas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo** (DAE-DID) situado en el centro penitenciario de *Quatre Camins*, en Barcelona (41). Responde a la necesidad de una **atención de alta intensidad** orientada, principalmente, a lograr el **retorno a la comunidad** de las personas con discapacidad (41). Dispone de 25 plazas. Este recurso especializado de intervención da servicio a todas las personas internas**, hombres,** de los centros penitenciarios de Cataluña que requieran una atención residencial especializada que favorezca su proceso de **rehabilitación y reinserción social.** Se trata de un **recurso modular** que es el **único que no es atendido por personal del *Departament de Salut*, sino por el *Departament de Justicia.***

Los resultados iniciales del Programa Marco de Atención e Intervención a las Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo han sido positivos e incluyen **mejora de la detección y proceso de evaluación** de las personas que presentan discapacidad intelectual y/o del desarrollo; la **ampliación del**

ámbito de intervención, de tal modo que **más personas internas reciben apoyo especializado;** hay **más conocimiento en el ámbito penitenciario de las funciones y apoyo** que ofrece el programa; los cambios y orientación del programa parece **impactar positivamente sobre la calidad de vida** de las personas judicializadas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo (41).

Módulo de Integración a la Diversidad: centro penitenciario Mas d'Enric (Tarragona)

Se trata de un **módulo residencial** en el centro penitenciario Mas d'Enric (Tarragona) ubicado en el mismo edificio que la enfermería, pero independiente de esta, que dispone de 25 habitaciones con capacidad para 23 personas internas. El funcionamiento está regido por la **normativa penitenciaria.** La **detección, internamiento y atención de la persona judicializada se coordina entre el personal de vigilancia, personal técnico de equipos de rehabilitación y profesionales de salud mental.**

Las personas susceptibles de ingresar en este módulo son aquellas con un **TMG y/o un trastorno límite de la personalidad que interfiere en su funcionalidad diaria;** personas con un trastorno mental **tras el alta de un ingreso en unidad de salud mental;** personas con **alto riesgo de psicosis;** personas con **discapacidad intelectual y/o del desarrollo que impide su funcionalidad diaria,** y personas con **deterioro cognitivo.**

Se trabaja en la **formación y adquisición de habilidades** y de **herramientas terapéuticas en salud mental.** La atención a la salud mental corresponde al **equipo de salud mental a través del PSP del centro penitenciario.** Se establece el grado de soporte necesario para las actividades de la vida diaria que necesita cada individuo, en coordinación con el equipo multidisciplinar; se elabora e implementa un **plan de intervención individualizado con acciones individuales y grupales,** y se realiza un seguimiento intensivo de las personas que residen en este módulo. El objetivo de este **abordaje intensivo, individualizado y multidisciplinar** es conseguir el **máximo grado de recuperación factible**, de modo que las personas puedan **participar de la forma más autónoma posible en la vida comunitaria.** En este sentido, las personas residentes de este módulo, en la medida de lo posible, se van incorporando a las actividades formativas, laborales y lúdicas fuera del módulo, en el centro penitenciario, y en la comunidad.

Conclusiones

En este capítulo se describen elementos de éxito, oportunidades y desafíos (42,43) para la concepción e implementación de un modelo para la atención a la salud mental de las personas judicializadas que, a partir de la experiencia en Cataluña, puede servir de referencia a otras regiones de España, y que pueden resumirse del modo siguiente:

Elementos de éxito

- Voluntad y compromiso político de la comunidad autónoma para solicitar y asumir la transferencia de competencias penitenciarias y en sanidad penitenciaria.
- Decisores sanitarios, judiciales y penitenciarios con voluntad y capacidad de diálogo, negociación y acuerdo para la implementación de servicios y definición de funciones.
- Políticas y planes concebidos para la modernización del sistema de salud y la provisión de servicios, incluidos el cuidado de la salud mental de las personas judicializadas en los centros penitenciarios.
- Marco normativo y dotación económica suficientes para el funcionamiento y la implementación de recursos.
- Creación de redes asistenciales sociosanitarias y su integración en un solo sistema de gestión.
- Protocolización.
- Revisión, actualización y operacionalización de términos (ej. "paciente crónico complejo"; "persona vulnerable") para adecuarlos a la provisión de servicios asistenciales en función de necesidades individuales y colectivas.
- Auditoria de la calidad asistencial.
- Fortalecimiento de la atención sociosanitaria en la comunidad.
- Continuidad asistencial con refuerzo del papel de la comunidad como entorno propio de recuperación, rehabilitación e integración de la persona judicializada con un trastorno de su salud mental.
- Fortalecimiento de la figura gestora de casos.
- Abordaje multidisciplinar (que incluye a profesionales de los ámbitos sanitario, social, jurídico y penitenciario) y enfoque asertivo de la atención sanitaria.
- Individualización de la planificación de las intervenciones terapéuticas.
- Formación y desarrollo profesional continuados.
- Atención a la salud mental y a la diversidad funcional, intelectual y del desarrollo.

Oportunidades

- Garantiza la equidad con respecto a la población general, no judicializada.
- Independencia jerárquica de la dirección del centro penitenciario y de la realización de tareas no asistenciales en la organización penitenciaria, pero con coordinación funcional con la misma para su buen desempeño general.
- Dependencia de todos los recursos del *Departament de Salut*- gestión más ágil y oportunidad de acceder a recursos en igualdad de condiciones que otras áreas de la atención sanitaria.
- Pertenencia y participación en una organización sanitaria específica, como el ICS que permite acceder a elementos estratégicos, organizativos, de gestión, de formación, de docencia y de investigación que en otras circunstancias no es posible llevar a cabo.
- Implementación de un contrato de gestión que establece el marco relacional y concreta los resultados a obtener de producción, calidad y de gestión económica de la actividad del equipo, similares al resto de los equipos, pero adaptadas a sus propias características y con consecuencias sobre las percepciones económicas variables de los profesionales.
- Participación en la estructura del ICS que permite más posibilidades de formación específica, de investigación y de desarrollo profesional al aprovechar su oferta, tanto a nivel territorial como corporativo.
- Equipo de profesionales trabajando en red con objetivos, metas y misiones similares donde se comparten aspectos de identidad, organizativos, de gestión de recursos económicos y de personas y de formación e investigación.
- Mejora la formación de los profesionales en un abordaje más holístico, accediendo a todos los recursos en salud.
- Nuevas oportunidades profesionales por medio de un sistema general de provisión de puestos de trabajo, que permite moverse través de toda la organización (bolsa de trabajo, evaluación profesional, concursos de provisión, comisión de servicios, etc.).
- Ventajas profesionales que antes no tenían como la carrera profesional o el sistema de incentivación al desempeño grupal e individual.
- Posibilidades altas de participación personal tanto en ámbitos profesionales como grupos de trabajo, comisiones clínicas, comités de expertos, entre otros, como en ámbitos representativos y de participación como las Juntas Clínicas o espacios sindicales, tanto a nivel territorial como corporativo.

Oportunidades

- Métodos estándares para la gestión trasparente y eficaz de ausencias y sustituciones.
- Grado alto de satisfacción profesional.
- Implementación de marcos generales para el desarrollo de aspectos organizativos y de gestión clínica, de calidad y seguridad clínica en los equipos con el soporte territorial correspondiente.
- Soporte para la gestión de la información, del conocimiento clínico, la docencia y la investigación propios, o en colaboración externa, tanto con otros equipos de atención primaria como con hospitales.
- Sistemas de información para la gestión institucional, accesible y adaptable a las necesidades de cada equipo.
- Historia clínica electrónica de estructura y funcionalidad general común a toda la organización (con estructura y acceso específicos según normas de confidencialidad).
- Soporte institucional sobre aspectos legales de cualquier tipo.
- Marcos generales para el desarrollo de aspectos organizativos y de gestión clínica, de calidad y seguridad clínica en los equipos con el soporte territorial correspondiente.
- Garantiza la reinserción al mismo entorno, propio del paciente.
- Obliga a consensuar a los departamentos, de salud y justicia.
- Garantiza la intervención sanitaria siguiendo protocolos tanto de intervención clínica y social como de proceso asistencial sociosanitario.
- Satisfacción de las personas internas con la calidad de la asistencia recibida en los centros penitenciarios.

Desafíos

- Modelo de coste económico previsiblemente alto.
- Posibilidad de tensiones entre departamentos de salud y justicia.
- Disociación local de dependencias (ICS, Justicia) de los equipos puede generar eventualmente falta de alineamiento de criterios, procedimientos y objetivos entre el equipo de Atención Primaria penitenciaria y la Institución Penitenciaria.
- Pertenencia territorial diversa dentro del propio ICS que puede generar diferencias en el nivel de desarrollo, la gestión y el desempeño entre los distintos equipos de Atención Primaria penitenciaria por su diferente pertenencia territorial.
- Especificidades propias de los equipos de Atención Primaria penitenciaria distintos del resto de los equipos de Atención Primaria del ICS con el riesgo consiguiente de que el equipo de Atención Primaria penitenciaria, por su tamaño más pequeño y su especificidad, sea considerado como marginal dentro de su ámbito territorial.
- Pérdida de cierta autonomía de gestión en beneficio del funcionamiento territorial, que no siempre capta las necesidades específicas de la población local atendida ni del propio equipo de Atención Primaria penitenciario (ej. necesidades de farmacia, de conocimientos y entrenamiento, de recursos asistenciales complementarios).

Referencias

1. Boletin Oficial del Estado - BOE A-1990-20304. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. Comunidad Autónoma de Cataluña [Internet]. DOGC núm. 1324, de 30 de julio de 1990-BOE núm. 197, 17 de agosto de 1990 1990 p. 1-42. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf
2. GenCat. El SISCAT: sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya [Internet]. CatSalud. Servicio Catalán de la Salud. 2019 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/siscat/index.html
3. Capellà Batista-Alentorn A. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Asoc Española Neuropsiquiatría. 2001;XXI:101-28.
4. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. DECRET 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). [Internet]. Diari Oicial de la Generalitat de Catalunya; 2010 p. 91245-59. Disponible en: https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO_dogc_2010_12_20101216_10347076.pdf
5. GenCat. Departament de Salut [Internet]. Organismes. 2022 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/organitzacio/organismes/
6. Departament de Salut - Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut [Internet]. Servei Català de la Salut. 2015 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/organitzacio/organismes/servei_catala_de_la_salut/
7. GenCat. Institut Català de la Salut (ICS) [Internet]. Institut Català de la Salut (ICS). 2022 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://web.gencat.cat/ca/adreces-i-telefons/detall/?codInf=3062
8. GenCat - Departament de Salut - CatSalut. El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud [Internet]. El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud. 2010. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/docs/arxius/sistema_atencio_cast.pdf
9. GenCat. Acreditació dels estàndards de qualitat [Internet]. CatSalut - Servei Català de la Salut. 2018 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/acreditacions/estandards-qualitat/
10. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats [Internet]. GenCat. 2022 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/index.html
11. GenCat. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) [Internet]. AQuAS. 2022 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://aquas.gencat.cat/ca/inici
12. Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de Administración Penitenciaria. BOE-A-1984-4310 1984.
13. Cortes Generales. Constitución Española. BOE-A-1978-31229 1978.
14. Jefatura del Estado - Gobierno de España. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. [Internet]. BOE-A-1979-23708 1979. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con
15. Gobierno de España- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletín Oficial del Estado - BOE-A-1995-25444, 281 Boletín Oficial del Estado; nov 24, 1995. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444
16. Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE-A-1996-3307 1996 p. 1-96.

17. Departament de Salut - Departament de Justicia- Generalitat de Cataluña. Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament D'un Programa D'atenció A La Salut Mental i les Addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya [Internet]. Decret 22/2021, de 26 de maig (DOGC núm. 8418A, 26.05.2021) 2021. Disponible en: https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis_i_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf

18. GenCat - Portal Jurídic de Catalunya. DECRET 399/2006, de 24 d'octubre, pel qual s'assignen al Departament de Salut les funcions en matèria de salut i sanitàries de les persones privades de llibertat i de menors i joves internats en centres de justícia juvenil, i s'integren en el sistema sani [Internet]. DECRET 399/2006, de 24 d'octubre 2006. Disponible en: https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2006/10/24/399

19. Davidson L, González-Ibáñez À. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2017;37(131):189-205.

20. United Nations. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care [Internet]. United Nations Human Rights, General Assembly resolution 46/119 1991. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement

21. Sant Joan de Déu Servei de Salut Mental. Unitat D'hospitalizació Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.sepapbcn.org/archivos/cauce27_noviembre_2.pdf

22. Pagerols M, Valero S, Dueñas L, Bosch R, Casas M. Psychiatric disorders and comorbidity in a Spanish sample of prisoners at the end of their sentence: Prevalence rates and associations with criminal history. Front Psychol. 2023;13(January):1-13.

23. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya [Internet]. 2006 p. 1-84. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf

24. Paton M, Tobin M, Hudson-Jessop P. Integrating Public and Private Psychiatric Practice: From National Agenda to Personal Experience. http://dx.doi.org/101046/j1440-1665199900194.x [Internet]. 16 de noviembre de 2016 [citado 15 de octubre de 2022];7(3):143-6. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1440-1665.1999.00194.x?icid=int.sj-abstract.similar-articles.2

25. Simpson AIF, Gerritsen C, Maheandiran M, Adamo V, Vogel T, Fulham L, et al. A Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. Front Psychiatry. 18 de enero de 2022;12:747202.

26. GenCat. Pla de serveis individualitzats (PSI) [Internet]. CatSalut - Estudis i informes tècnics [279]; 2003. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3316?locale-attribute=ca

27. GenCat - Departament de Salut. Pla director [Internet]. Pla Director. 2021 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/pla_director/

28. Carlson Aburto J, Balsera Gómeza J, Lalucat Job L, Teixidó Casasb M, Berruezo Ortizc M, Ureña Hidalgod T, et al. Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. El Programa de Atención Específica (PAE-TMS). Rehabil Psicosoc. 2008;5 (1 y 2):9-16.

29. Premiat el programa pilot d'Atenció al Pacient Crònic Complex en Salut Mental - Parc Sanitari Sant Joan de Déu [Internet]. [citado 5 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.pssjd.org/premiat-el-programa-pilot-datencio-al-pacient-cronic-complex-en-salut-mental

30. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya. 2006 p. 1-84.

31. Pérez-Ibáñez O, García-Pedrajas C, Grases N, Marsó E, Cots I, Aparicio S, et al. Programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2015;35(126):257-66.

32. Caballero Calvo-Rayo, S Cuadrado-Vives C, Olivé A. Programa Soporte a la primaria en centros penitenciarios de Catalunya. En: Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP. 2018.

33. Ajuntament del Prat de Llobregat. Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) [Internet]. Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). 2022 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.elprat.cat/persones/invertim-en-salut/centre-de-salut-mental-dadults-csma?lan=es#googtrans(ca%7Ces)

34. Macià-Astorch L, Martínez-Azofra A, Luna E, Plazas F, Llerena S, Fernández-García, S Andrés H. El gestor de casos: reinserción en la comunidad y continuidad asistencial en población penitenciaria con Trastorno Mental Severo (TMS). En: Ponencias y comunicaciones del XII Congreso Nacional y XX Jornadas Nacionales de la SESP. 2018. p. 87.

35. Macia L, Luna E, Martinez-Azofra A, Dotor P, Sierra D, Llerena S. PSI penitenciario: perfil de usuarios atendidos en el programa después de su primer año de implantación. En: Ponencias y comunicaciones del XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas de la SESP. 2021. p. 85.

36. Bernad Tarragó E, Ibern Regás I, Martinez Garcia M, Sanjuan Torres A, Valdivieso Muñoz S. Estudio comparativo de la calidad de vida de los discapacitados intelectuales y del desarrollo en los centros penitenciarios de Cataluña [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Bernad-et-al.-2015-DISCAPACITATS.pdf

37. Bernad Tarragó E, Ibern Regás I, Martinez Garcia M, Sanjuan Torres A, Valdivieso Muñoz S. Estudio comparativo de la calidad de vida de los discapacitados intelectuales y del desarrollo en los centros penitenciarios de Cataluña. 2015.

38. Varea L, Montero P, Perez C, Torres J. El Programa ACCEPTA, avanzando en la atención de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el ámbito penal The ACCEPTA Program, moving in the care of people with intellectual or developmental disabilities in criminal matters. IX Jornadas Científicas Int Investig sobre Pers con Discapac [Internet]. 2015;1-11. Disponible en: http://cdjornadas-inico.usal.es/docs/352.pdf

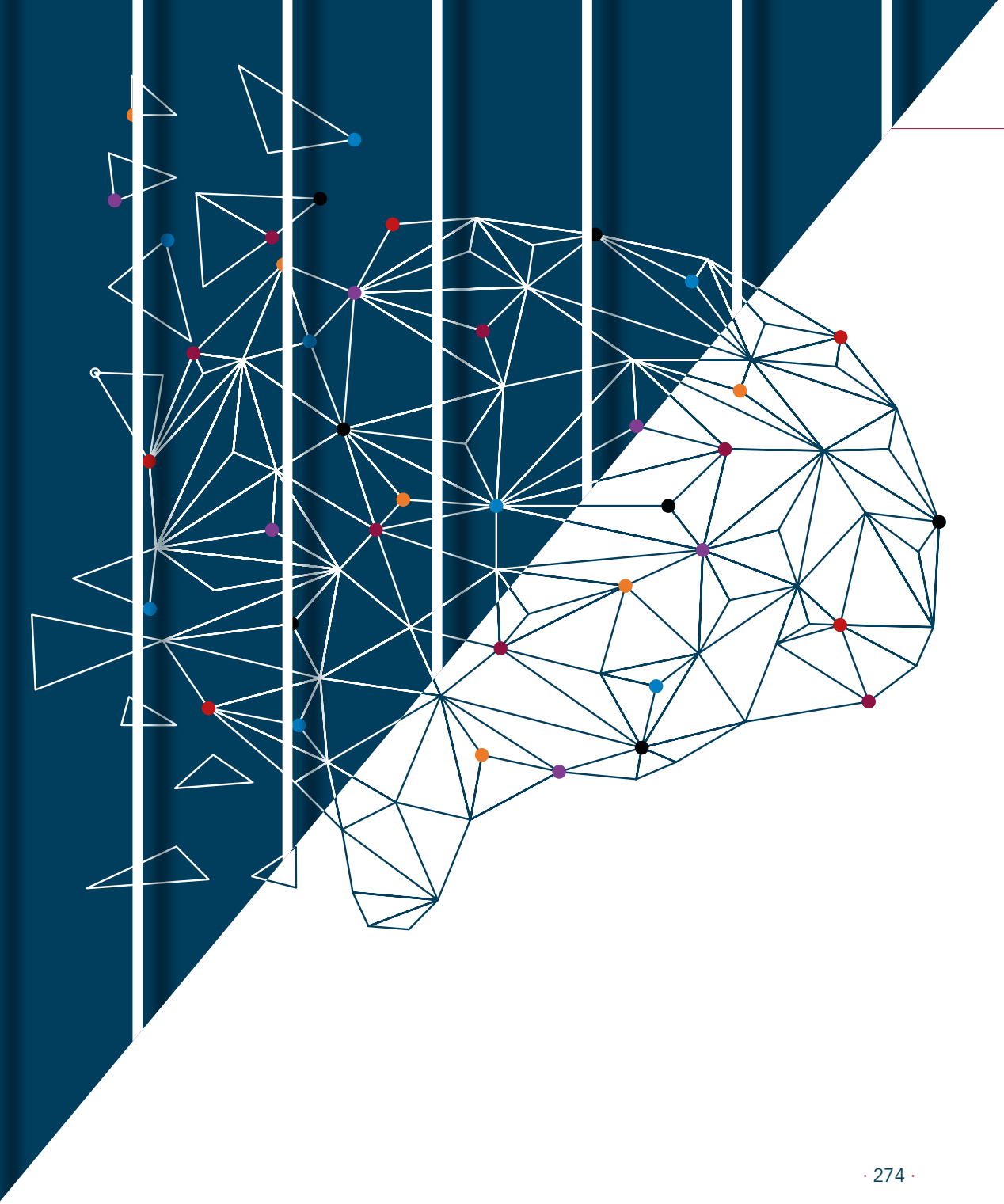
39. Muñoz García-Largo L, Martí-Agustí G, Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL. Intellectual disability rates among male prison inmates. Int J Law Psychiatry. 1 de mayo de 2020;70:Artículo 101566.

40. Tort V, Dueñas R, Vicens E, Zabala C, Martínez M, Romero DM. Intellectual disability and the prison setting. Rev Española Sanid Penit. 2016;18(1):25-32.

41. Varea L, Montero P, Perez C, Torres J. El Programa ACCEPTA, avanzando en la atención de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el ámbito penal The ACCEPTA Program, moving in the care of people with intellectual or developmental disabilities in criminal matters. IX Jornadas Científicas Int Investig sobre Pers con Discapac. 2015;1-11.

42. Náger J. El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria. Rev Española Sanid Penit. 25 de junio de 2017;19(2):38-40.

43. García González, L Armenteros López, B Cuadro Pena E, Alonso Gaiton P, Carreras Corchado, N Solé Zapata N. Calidad asistencial sanitaria percibida en los centros penitenciarios catalanes. En: Ponencias y comunicaciones del XIII Congreso Nacional y XXI Jornadas de la SESP. 2021. p. 73.



CONCLUSIONES

Este *"Libro Blanco sobre la Atención Sanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios de España"* surge con el propósito de generar conocimiento y aportar información sobre esta materia que sirvan para concebir e implementar medidas entre decisores políticos y profesionales de la comunidad científica, y en la sociedad en general. Se denotan logros, desafíos y necesidades no satisfechas actuales que han resultado de combinar creativamente métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. Así, una exhaustiva revisión de la literatura, un cuestionario estructurado dirigido a la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y entrevistas individuales y grupos focales con los principales actores y expertos han permitido resolver la escasez de datos oficiales, contrastables, disponibles, y descubrir un asunto caleidoscópico, complejo, multidimensional, de magnitud importante.

Se estima que, al menos, entre 4 y 5 de cada 100 personas internas en los centros penitenciarios de España tienen un TMG, lo que representaba a un total de 1.785 personas internas para una población penitenciaria total de 55.180 internos (año 2020) (1). Estas cifras se han mantenido prácticamente sin cambios en 2021. Aunque puede parecer un número relativamente pequeño se trata, de una población que necesita atención sanitaria intensa, especializada, y es posible que estos cálculos ofrezcan estimaciones por debajo de lo real. Conviene recordar que 8 de cada 10 personas internas en España suelen desarrollar, al menos, un trastorno mental a lo largo de su vida (2–4), y que, si se compara la población penitenciaria frente a la población general fuera de prisión, los trastornos mentales son dos veces más frecuentes y los TMG son cuatro veces más habituales entre las personas internas (4,5). Estos datos están alineados con los descritos, por ejemplo, en Italia donde se ha estimado que los trastornos mentales pueden estar presentes en 56,7% de la población interna y que un 88,7% puede desarrollar algún trastorno mental a lo largo de su vida (6).

A su vez, en el informe sobre el estado de la salud penitenciaria en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (7) publicado en 2023, se enfatiza que la condición más prevalente entre las personas en prisión son los trastornos de la salud mental que afectan al 32,8% (más de un tercio) de la población interna. Sin embargo, es probable que esta cifra represente una subestimación, ya que la mayoría de las enfermedades no transmisibles se documentaron de manera deficiente y menos de la mitad de los países europeos encuestados proporcionaron datos (7). La dificultad para disponer de datos oficiales que puedan tratarse para hacer estimaciones concretas sobre la población penitenciaria parece ser un problema común entre países de Europa.

Son rasgos comunes de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, que está en un hospital psiquiátrico penitenciario (delito grave, riesgo de reincidencia alto), en un centro penitenciario ordinario, o cumpliendo una medida alternativa a la prisión en la comunidad (delito leve, riesgo de reincidencia bajo) la comisión de delito, la precariedad económica, familiar, social, emocional y sanitaria, la exposición frecuente a sustancias de adicción, el deterioro intelectual y

cognitivo con autonomía reducida, y la probabilidad alta de desarrollar otras enfermedades no-psiquiátricas, además de su trastorno mental. Sin embargo, la gravedad del delito cometido así como la probabilidad de reincidir en un delito grave si el TMG no está adecuadamente tratado, seguido y controlado son los principales determinantes del grado de la condena, de su duración y del recurso penitenciario en el que se debe cumplir.

Esta constelación de elementos sociodemográficos, clínicos, judiciales y penitenciarios definen a una persona interna compleja, de diagnóstico y tratamiento difícil, que requiere asistencia por profesionales sanitarios expertos, médicos penitenciarios y psiquiatras conocedores del perfil de la persona judicializada con necesidades altas de cuidados de su salud mental y del entorno penitenciario. La complejidad y las diversas necesidades hacen pensar en la conveniencia de un abordaje multidisciplinar con implicación de distintos perfiles profesionales (sanitarios, sociales, jurídicos, penitenciarios, educadores, entre otros) en la toma de decisiones y la planificación del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción.

Para brindar asistencia sanitaria a estas personas judicializadas con un TMG, los hallazgos descritos en este Libro Blanco denotan que, en España, coexisten un modelo tradicional junto a modelos innovadores en distintas CCAA (ver representación gráfica). Se trata de una situación dispar determinada fundamentalmente por el hecho de haberse producido o no, la transferencia de competencias de sanidad penitenciaria desde el Ministerio del Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, hacia los gobiernos y los sistemas autonómicos de salud.

Así, el modelo tradicional existe en las 14 CCAA, Ceuta y Melilla que no han solicitado la transferencia de competencias de sanidad e incluye a más del 80% de la población penitenciaria actual. Este modelo tradicional comprende también a los dos únicos hospitales psiquiátricos penitenciarios existentes en España. Los modelos innovadores se implementan en aquellas CCAA con sus competencias transferidas que, en el año 2023, correspondía a Cataluña (competencias transferidas en 1983), País Vasco (en 2011) y Comunidad Foral de Navarra (en 2021). Estas tres CCAA asisten al 17% del total de la población penitenciaria, que implica a las personas residentes en sus respectivos territorios.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (8) en su Disposición adicional sexta. Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias, establece que "los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las CCAA para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía". Sin embargo, queda a discreción de las CCAA asumir sus competencias en

sanidad penitenciaria lo que puede explicar, en parte, que 20 años después de la entrada en vigor de esta ley sólo tres CCAA hayan tenido la iniciativa.

Como resultado de esta irregularidad, en las 14 CCAA, Ceuta y Melilla sin competencias transferidas, el sistema sanitario para las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios ordinarios y en los hospitales psiquiátricos penitenciarios funciona en paralelo al sistema sanitario autonómico, separado y relegado al régimen penitenciario no sanitario, con estructura, organización, personal y medios completamente diferentes pero estrechamente dependiente del sistema autonómico de salud para suplir sus limitaciones en atención especializada (9,10). Esta existencia paralela favorece escenarios distorsionados, como es el caso de que la financiación de la sanidad penitenciaria sea en ocasiones doble. Por ejemplo, se dan situaciones en las que una persona con su régimen de prestaciones a la seguridad social al corriente reciba asistencia en un hospital estando en libertad, ingrese en prisión y esa misma asistencia sea facturada y cobrada por el hospital a la prisión como si se tratase de un paciente privado (9).

En los centros penitenciarios ordinarios, se brinda atención primaria a las personas judicializadas con un TMG mientras que la atención psiquiátrica se hace a través de la figura del psiquiatra interconsultor externo contratado que dedica un máximo de 3 horas por semana, en las circunstancias más favorables, variable según los centros. Cuando no hay esta figura, las valoraciones psiquiátricas se hacen en los recursos especializados de los hospitales generales de referencia.

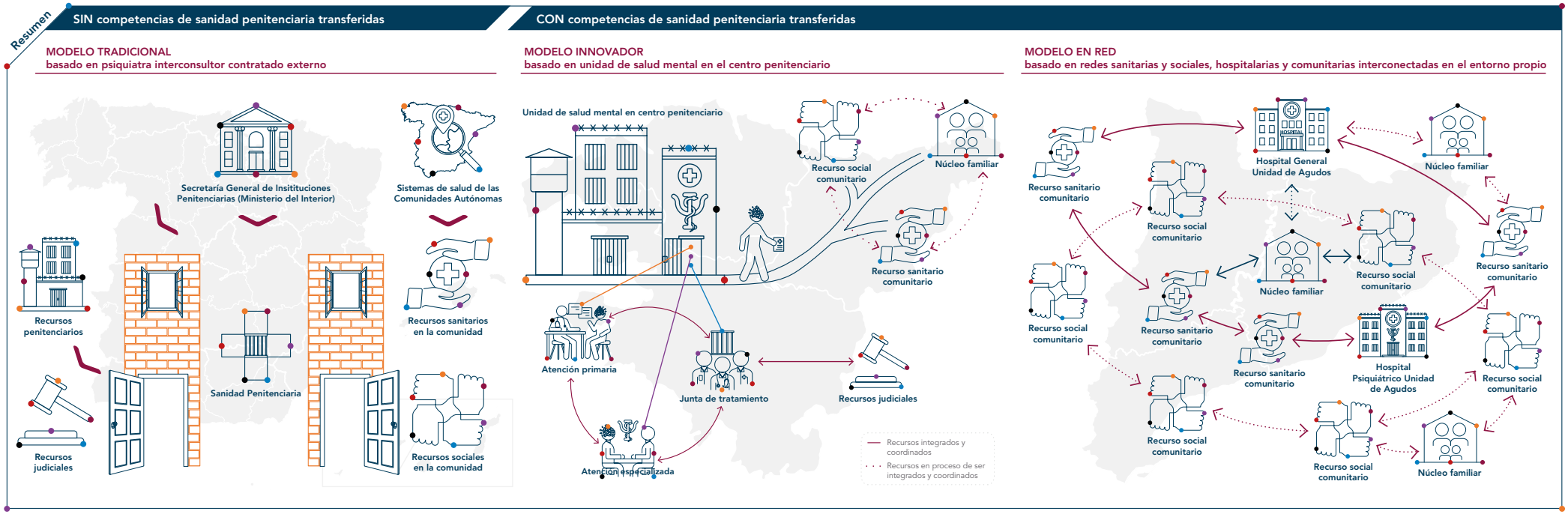
La disparidad es desproporcionada si se compara este modelo tradicional con la asistencia sanitaria especializada que se brinda, por ejemplo, en la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa en Ávala, en el País Vasco con sus competencias en sanidad penitenciaria transferidas. Allí, un equipo multidisciplinar completo (3 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 4 enfermeras, 1 supervisora de enfermería y 8 auxiliares de enfermería, especializados en salud mental con dedicación a tiempo completo), es responsable del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas judicializadas con un TMG además de la coordinación de los cuidados en salud mental con otros equipos asistenciales (atención primaria, junta de tratamiento) dentro del centro penitenciario, y en la comunidad cuando la persona sale en libertad.

Mientras no se producen las transferencias de competencias de sanidad penitenciaria a las CCAA, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ha intentado dar respuesta a las necesidades específicas de las personas judicializadas con un TMG en los centros penitenciarios ordinarios. Se han implementado, por ejemplo, programas como el PAIEM con el objetivo de atender a las necesidades concretas de tratamiento, seguimiento, rehabilitación y preparación para la salida en libertad y reinserción, pero con escasa dotación de recursos estructurales y humanos suficientes hecho que ha limitado su alcance.

También se ha facilitado la implementación de los programas Puente de Mediación Social y Puente Extendido en los CIS para organizar y garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria y social en la comunidad de las personas judicializadas con un TMG que salen en libertad, en el caso del primer programa, y para prevenir la entrada en prisión de las personas con un TMG que han de cumplir una pena o medida alternativa en el segundo, pero con éxito poco significativo por la misma razón.

La ausencia de protocolos, de una historia clínica única compartida dentro y fuera del entorno penitenciario y de recursos específicos en la comunidad hace que el resultado de estos programas dependa de la voluntariedad de los profesionales implicados y de organizaciones del tercer sector operando en la zona. En consecuencia, son frecuentes la interrupción de los cuidados, la discontinuidad del seguimiento médico y de la terapia, la reincidencia en el delito y el regreso a prisión de la persona judicializada.

Cabe recordar que un TMG es un trastorno crónico, recurrente, con exacerbaciones y descompensaciones de sus síntomas como cualquier otra patología crónica que requiere supervisión, seguimiento, ajustes de dosis y adecuadas adherencia y



persistencia del paciente en el tratamiento farmacológico recomendado. En este sentido, el entorno penitenciario suele ofrecer una oportunidad de contacto con la atención médica que sirve para precisar el diagnóstico y optimizar las pautas terapéuticas en un ámbito más controlado y supervisado que la comunidad. La implementación de programas de prescripción adecuada y simplificación de los tratamientos farmacológicos a lo estrictamente indicado es una buena práctica fundamental, para evitar accidentes por intoxicación por abuso de sustancias y beneficiar la salud física y mental de las personas internas. La atención farmacéutica en el entorno penitenciario es clave en este ejercicio de uso racional y seguro de fármacos, así, las mejoras en el estado de salud mental conseguidas en prisión reducen la probabilidad de reincidencia una vez la persona sale en libertad, pues su estado de salud en prisión, tanto física como mental, influye sobre la posibilidad de reincidir en la comisión de delito en la comunidad (12).

La continuidad asistencial en la comunidad de las personas judicializadas con un TMG fue un tema emergente durante el desarrollo de este Libro Blanco. Se halló que la ausencia de recursos específicos, de media y larga estancia, así como la desconexión que existe entre el sistema sanitario penitenciario y el sistema sanitario autonómico dificulta la continuidad de los cuidados sanitarios y sociales. La escasa inversión en recursos asistenciales para atender a las necesidades de estas personas judicializadas con un TMG en la comunidad es un rasgo compartido con otros países europeos, tal y como lo recoge el informe sobre el estado de la salud penitenciaria en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (7) mencionado anteriormente: sólo la mitad de los estados miembros garantizan el acceso a los servicios de salud comunitarios a las personas que salen de prisión (7).

Sin embargo, algunos trabajos demuestran que hay un retorno de la inversión que se hace en procurar los recursos para el manejo adecuado y supervisado en la comunidad de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental. El coste de la inversión se compensa con la reducción de las reincidencias en el delito que conlleva disminución de los costes residenciales en prisión, de hospitalización y de consultas urgentes (13). También hay evidencia de que las intervenciones posteriores al encarcelamiento, como el tratamiento comunitario asertivo, pueden ser coste-efectivas (14). Sería interesante conocer cuál es el coste de estos escenarios en España.

Como referencia en el contexto español, el modelo de asistencia sanitaria a las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental que se implementó en Cataluña tras la transferencia de sus competencias en sanidad penitenciaria partió de la premisa de priorizar la atención en salud mental de las personas internas. El modelo asistencial tradicional se transformó en una forma de asistencia sanitaria moderna, basada en redes de recursos sanitarios y comunitarios. Así, la atención en salud mental se inserta en la comunidad y procura tratar y mantener a la persona judicializada con un trastorno de su salud mental, incluyendo a las personas con un TMG, en redes de recursos

sanitarios y sociosanitarios interconectados (15). En Italia, a través de los REMSS (Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza Sanitaria) gestionados por los servicios sanitarios regionales, se establecen equipos de trabajo multiprofesionales con médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas de rehabilitación psiquiátrica, educadores y operadores sociosanitarios para mantener a las personas judicializadas en el entorno comunitario, estableciendo vías terapéuticas de rehabilitación de ámbito territorial (16).

Así, sin la correcta integración del sistema de sanidad penitenciaria en los sistemas de salud autonómicos parecen vulnerarse los principios de equidad, igualdad de oportunidad, arraigo y calidad asistencial que garantizan las leyes sanitarias españolas, vigentes tanto para las personas judicializadas en prisión como para las personas no judicializadas que están en libertad (8,17). La falta de médicos psiquiatras que se evidencia en España (11) repercute negativamente en la disponibilidad de psiquiatras para atender a la población penitenciaria con un trastorno de su salud mental. Sin embargo, esta situación, que se retroalimenta, no debería retrasar o impedir la transferencia de competencias en materia de sanidad penitenciaria. Es esperable que estas brechas sean más importantes en un contexto de ratios bajas de médicos de atención primaria y psiquiatras en el sistema público de salud español. Existe un número bajo de profesionales en relación al tamaño de la población en necesidad de asistencia, tanto dentro como fuera del entorno penitenciario, que exige plantear e implementar medidas de insentivo profesional.

La dispar situación de las CCAA sin transferencia de sus competencias en sanidad respecto de las que sí las tienen, afecta también a las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud operando en el sistema sanitario penitenciario. Durante el desarrollo de este Libro Blanco, se hicieron manifiestas la escasa incentivación del sector y la diferencia en oportunidades profesionales que existe entre ambos colectivos en perjuicio del sistema sanitario penitenciario. La experiencia con la transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria al País Vasco ha evidenciado que la conversión de los centros penitenciarios transferidos en centros de salud para equipararlos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrarlos en *Osakidetza*, aportó igualdad en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios que trabajan tanto en centros de salud penitenciarios como en centros de salud comunitarios, mejorando la satisfacción general. Además, se ha facilitado la gestión de la asistencia sanitaria, y se han favorecido las oportunidades de formación sanitaria en la idiosincrasia del entorno penitenciario, de tal modo que los centros de salud penitenciarios se convierten en una opción de trabajo para los profesionales en formación. Se facilitan así el recambio generacional y la cobertura de vacantes.

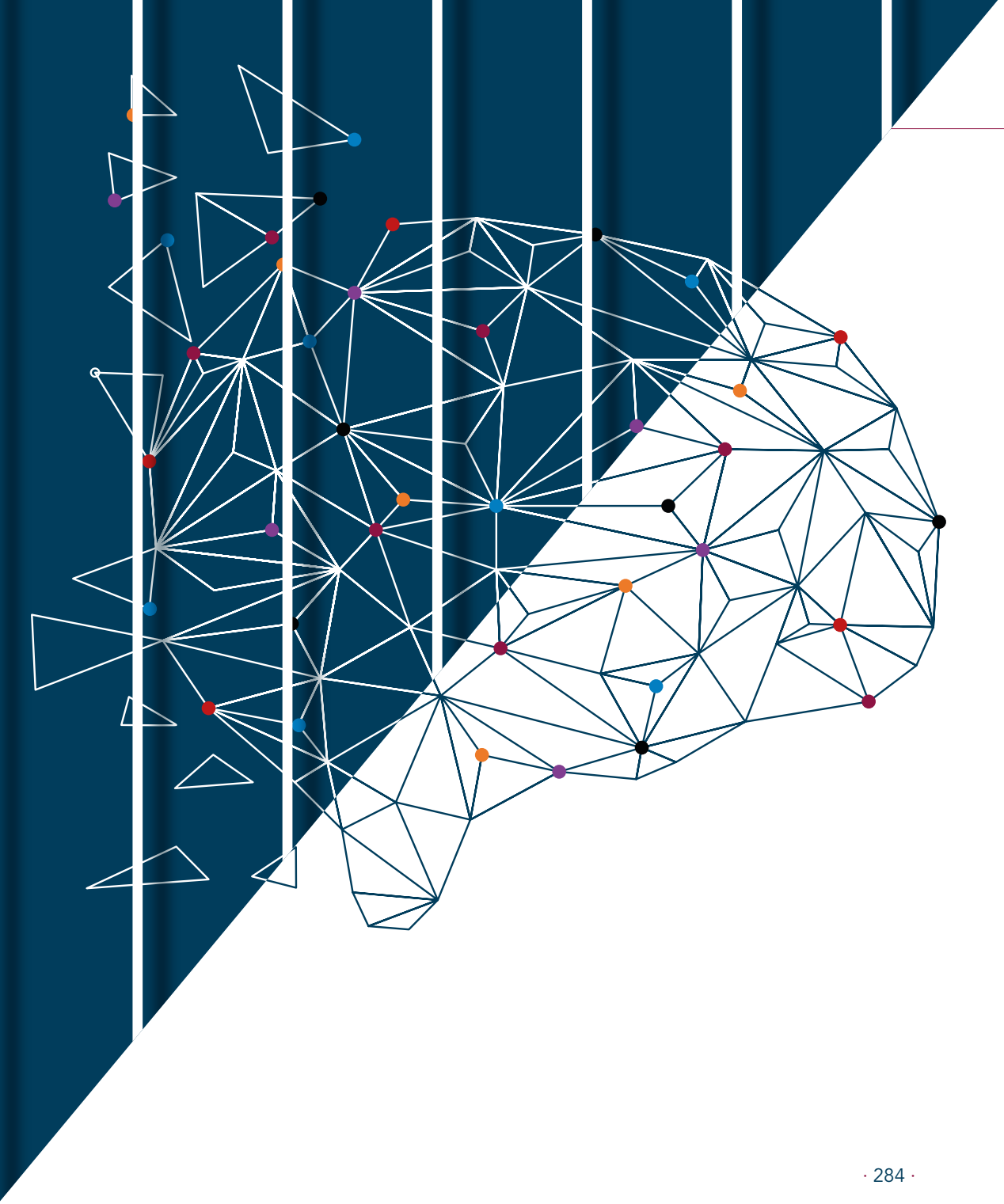
La experiencia en Cataluña ha denotado que la integración de los sistemas asistenciales en un único sistema autonómico con un modelo asistencial centrado en la persona en la comunidad garantiza equidad en la asistencia sanitaria, la reinserción al entorno propio de la persona interna, gestión más ágil, historia

clínica electrónica de estructura y funcionalidad general común a toda la organización; obliga a consensuar a los departamentos de salud y justicia; hace posible la pertenencia de los profesionales a una organización sanitaria única que permite acceder a elementos estratégicos, organizativos, de gestión, de formación, de docencia y de investigación que en otras circunstancias no es posible llevar a cabo; equipo de profesionales trabajando en red con objetivos similares donde se comparten aspectos de identidad, organizativos, de gestión de recursos económicos y de personas; nuevas oportunidades profesionales por medio de un sistema general de provisión de puestos de trabajo, que permite moverse través de toda la organización, entre otros.

Finalmente, los modelos asistenciales implementados en País Vasco y Cataluña descritos en este Libro Blanco pueden ser referencia para otras CCAA cuando asuman sus competencias de sanidad penitenciaria. El propósito fundamental es optimizar la atención sanitaria a las personas internas en general, y a aquellas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en particular.

Referencias

1. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2020 [Internet]. Ministerio del Interior. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones
2. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. diciembre de 2011;21(5):321-32.
3. López Álvarez M, Saavedra Macías FJ, López Pardo A, Laviana Cuetos M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). Rev Española Sanid Penit. 2016;9:76-85.
4. Zabala-Baños M, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero M, et al. Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. Rev Española Sanid Penit. 2016;18:13-24.
5. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev Española Sanid Penit. 2011;13:100-11.
6. Macciò A, Meloni FR, Sisti D, Luigi Rocchi MB, Petretto DR, Masala C, et al. Mental disorders in Italian prisoners: Results of the REDiMe study. Psychiatry Res [Internet]. 2015;225(3):522-30. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.053
7. WHO Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674
8. Gobierno de España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesion y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletin Oficial del Estado - BOE-A-2003-10715 2003 p. 1-46. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf
9. García Guerrero J. Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales. Rev Española Sanid Penit [Internet]. 19 de junio de 2006 [citado 25 de febrero de 2023];8(3):103-5. Disponible en: http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/121/282
10. Barrios Flores LF. Derecho y salud mental: logros conseguidos y retos pendientes en España. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34:76-80.
11. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Libro Blanco de la Psiquiatría en España [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2022 [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
12. Wallace D, Wang X. Does in-prison physical and mental health impact recidivism? SSM - Popul Heal [Internet]. 2020;11:100569. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100569
13. Skeem JL, Montoya L, Manchak SM. Comparing costs of traditional and specialty probation for people with serious mental illness. Psychiatr Serv. 2018;69(8):896-902.
14. Knapp M, Wong G. Economic evaluations of mental health interventions in criminal justice. Crim Behav Ment Heal. 2023;(March):139-48.
15. Capellà Batista-Alentorn A. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Asoc Española Neuropsiquiatría. 2001;XXI:101-28.
16. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. Norte salud Ment [Internet]. 2021 [citado 16 de octubre de 2021];XVII(64):25-38. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7752318
17. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Boletin Oficial del Estado, BOE-A-1986-10499 1986 p. 1-24. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499.%0Ahttps://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499



RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

- SEPL y SESP instan a **decisores políticos, nacionales y autonómicos**, de España a **reconocer que el modelo tradicional de atención sanitaria a las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros y hospitales psiquiátricos penitenciarios**, en las CCAA sin sus competencias de sanidad transferidas, **requiere una revisión mayor**.
- La **experiencia acumulada en las CCAA** con sus competencias transferidas **así lo demuestra**.
- Los **decisores sanitarios** deben adoptar las iniciativas necesarias para **modernizar el modelo asistencial actual, integrar el sistema sanitario penitenciario en el sistema de salud autonómico** para **garantizar equidad y continuidad asistencial sanitaria y social, e igualdad** de oportunidades profesionales.
- Los cuidados deben fortalecerse especialmente en la comunidad para **favorecer la eficiencia del sistema y mejorar la calidad de la asistencia.**
- Este es el principal mensaje que emerge de la investigación realizada en el contexto de este Libro Blanco.

1

SEPL y SESP recomiendan a los **decisores políticos, nacionales y autonómicos**, que lleven a cabo las siguientes acciones para **garantizar la equidad y calidad de la asistencia sanitaria a las personas internas, especialmente a aquellas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, así como la igualdad de oportunidades entre los profesionales sanitarios:**

a. **Priorizar** la atención sanitaria de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en la **agenda política.**

b. Establecer un **marco serio de negociación** para que los gobiernos de las CCAA asuman las **competencias de sanidad penitenciaria e integren el sistema sanitario penitenciario en sus sistemas autonómicos de salud.**

c. Favorecer el diálogo y la **coordinación entre departamentos autonómicos de justicia y sanidad** para la definición de los respectivos roles, competencias y funciones.

d. Contar con el **asesoramiento de profesionales expertos** de sociedades científicas y de los responsables de la implementación de los modelos de atención sanitaria a la salud mental del País Vasco y Cataluña para la planificación de las transferencias e integración regional de los recursos.

2

SEPL y SESP recomiendan a los **decisores políticos autonómicos** que lleven a cabo las siguientes acciones para **mejorar la rehabilitación, reinserción y convivencia de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental, fortalecer el arraigo, reducir la reincidencia en la comisión de delitos y aumentar la eficiencia de la asistencia:**

a. Adoptar modelos de atención sanitaria y social **centrados en la persona interna y sus necesidades.**

b. Priorizar la **atención sanitaria y social en la comunidad** en cada región y/o territorio.

c. Hacer un mapa o inventario de recursos estructurales disponibles para **reutilizar, reciclar, aprovechar e incorporar recursos de media y larga estancia, habitacionales y terapéuticos.**

d. Contar con el **asesoramiento de profesionales expertos** operando actualmente en los CIS, en los centros de salud comunitarios y en los centros penitenciarios para la planificación e integración regional de los recursos.

e. Potenciar la figura de **gestor de casos** para facilitar la transferencia de información y la coordinación del seguimiento entre recursos asistenciales.

f. Incorporar **protocolos** básicos de actuación y derivación entre recursos asistenciales.

g. **Formar y preparar** a los profesionales sanitarios y sociales operando en la comunidad en el manejo de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

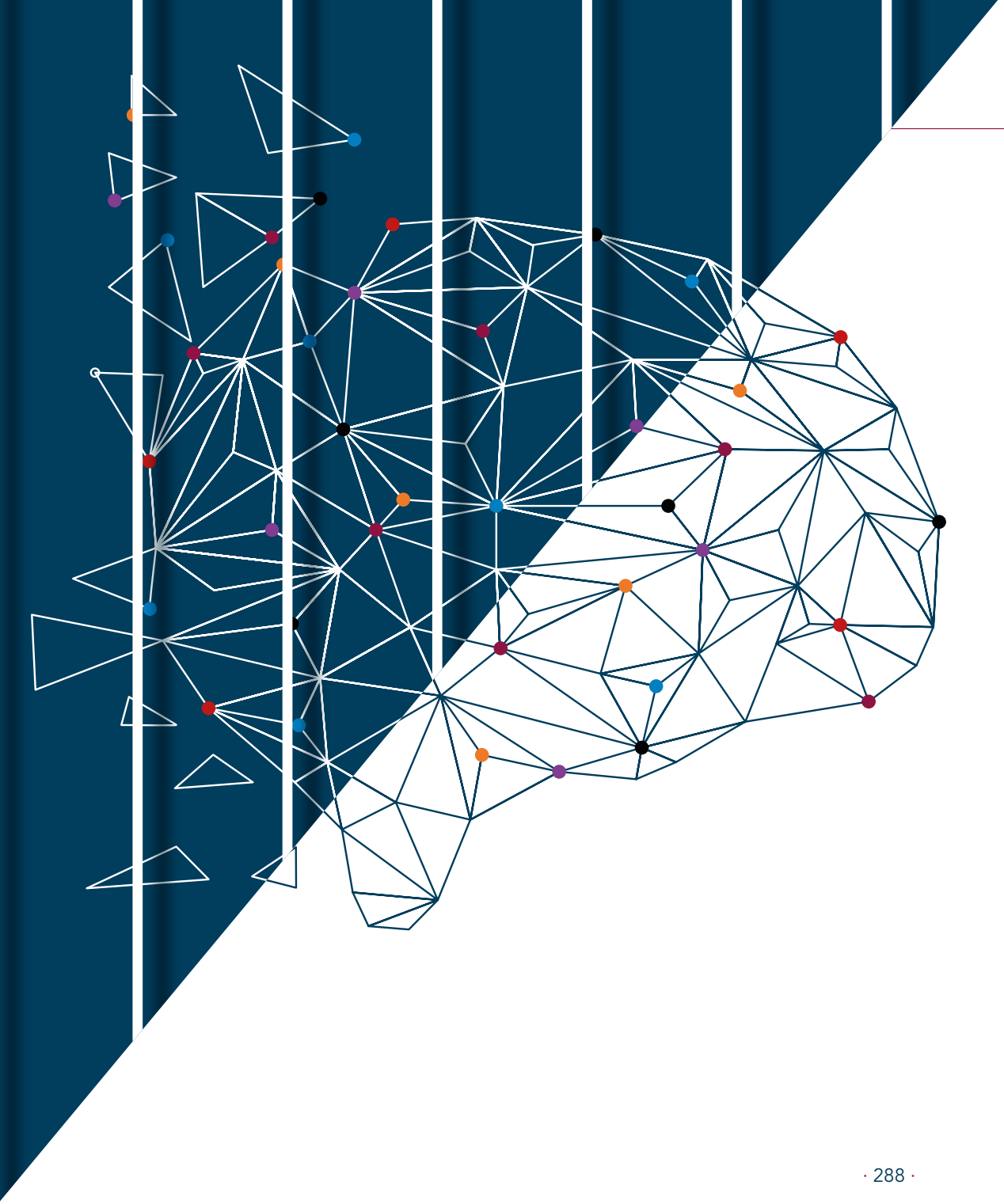
3

SEPL y SESP recomiendan a los **decisores políticos, nacionales y autonómicos**, que lleven a cabo las siguientes acciones para **optimizar la planificación de la atención sanitaria de las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental y la toma informada de decisiones:**

a. Implementar los mecanismos necesarios que faciliten el **acceso a datos suficientes** (entre otros, epidemiológicos, de uso de recursos, de actividad asistencial) que permitan el análisis de situación y la planificación.

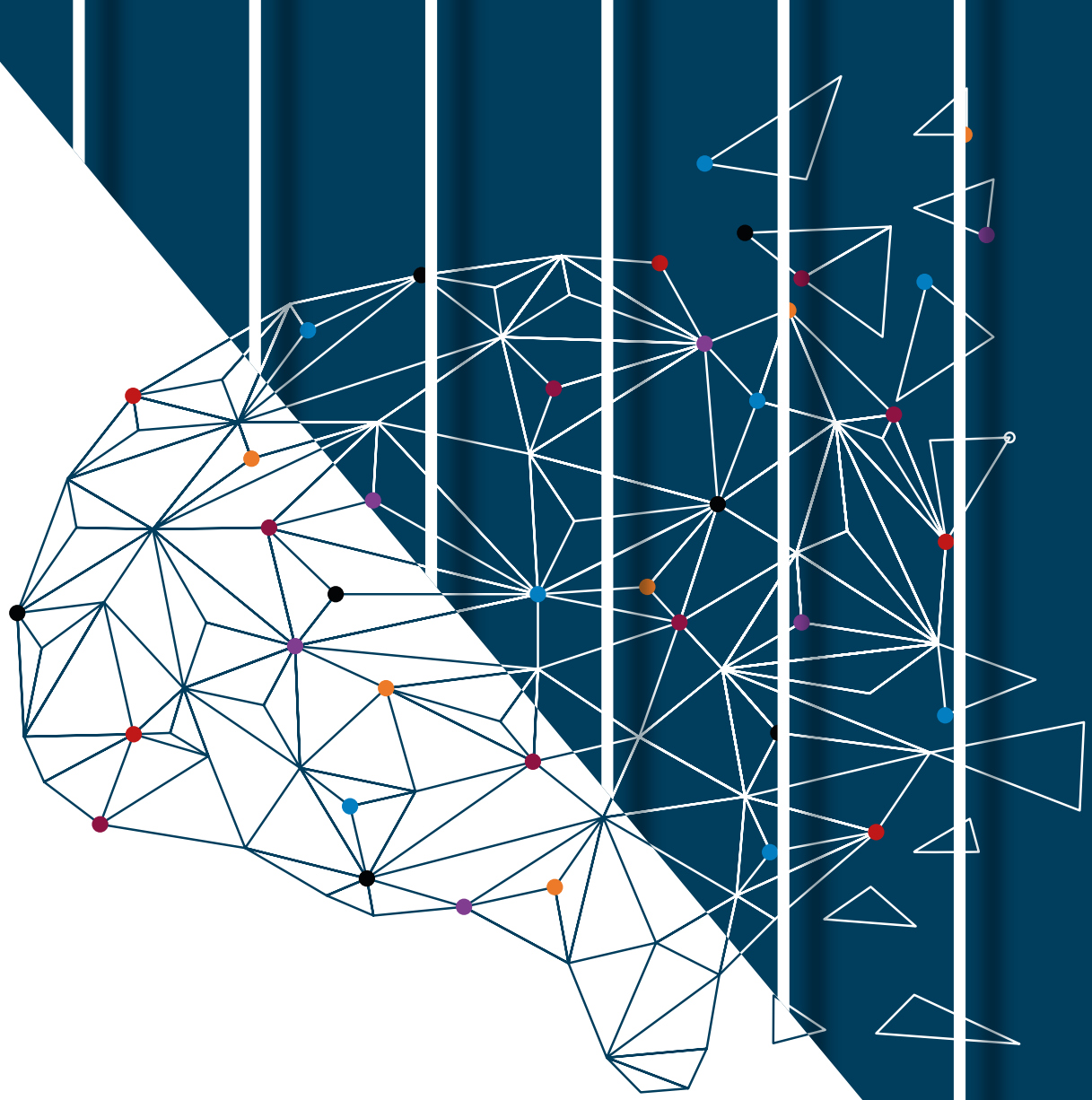
b. Establecer mecanismos ágiles de **revisión de los planes de remodelizacion de la asistencia sanitaria penitenciaria** y su implementacion a partir de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas con la experiencia de Cataluña y Pais Vasco.

c. Definir **indicadores de resultado** para conocer el retorno de la inversión a corto y largo plazo,



ABREVIATURAS

AQuAS	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña *(Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya)*
CAP	Centro de Atención Primaria
CatSalut	Servicio Catalán de la Salud *(Servei Català de la Salut)*
CCAA	Comunidades Autónomas
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CIS	Centro de inserción social
CPI	Coordinador del proyecto Individualizado
CSMA	Centro de Salud Mental de Adultos
DAE	Departamento de Atención Especializada
DAE-DID	Departamento de Atención Especializada para internos con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAPP	Equipos de Atención Primaria Penitenciaria
ESDIP	Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias
ERTP	Equipos de Rehabilitación y Tratamiento Penitenciario
GenCat	Generalitat de Catalunya
GSS	Gestió de Serveis Sanitaris
IAS	Instituto de Asistencia Sanitaria *(Institut d'Assistència Sanitària)*
ICS	Instituto Catalán de la Salud *(Institut Català de la Salut)*
IPM	Instituto Pere Mata *(Institut Pere Mata)*
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
MA	Medio abierto
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental *(National Institute of Mental Health)*
OMI	Oficina Médica Informatizada
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PAIEM	Programa de Atención Integral al Enfermo Mental
PAI	Plan de atención individual
PCA	Programa de Continuidad Asistencial
PCCSM	Paciente Crónico Complejo de Salud Mental
PCSM	Paciente Crónico de Salud Mental
PSSJD	Parc Sanitari Sant Joan de Deu
PSI	Plan de Servicios Individualizados
PSI	Programa de soporte individualizado
PSP	Programa de Soporte a la Primaria
PTI	Plan terapéutico individualizado
RASUPSI	Reacciones adversas a sustancias psicoactivas
SAASM	Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental *(Servei d'Atenció Ambulatòria en Salut Mental)*
SEPL	Sociedad Española de Psiquiatría Legal
SESP	Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña Sistema Sanitari *(Integral d'Utilització Pública de Catalunya)*
SM	Salud mental
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TMG	Trastorno mental grave
UAR	Unidad de acceso restringido
UHPP-C	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya
UHRPI-C	Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Catalunya
UTE	Unidad Terapéutica y Educativa



Ψlex
Sociedad Española
de Psiquiatría Legal

SESP | Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

Con la colaboración de:

SmartWorking4U

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson