

Los pacientes mentales en prisión

RESUMEN

El análisis que aportamos se quiere circunscribir a un hecho detectado: como es, la presencia de pacientes mentales en centros penitenciarios comunes. La diáspora de los enfermos mentales a las prisiones representa un hecho social lleno de significación y contenido indiciario sobre la articulación de la ética, el derecho y la justicia social.

En la investigación se detectaron 370 enfermos mentales crónicos que estaban ingresados en centros penitenciarios comunes en Andalucía. Descubrimos que los pacientes mentales ingresados en centros penitenciarios respondían fielmente al tipo de marginado y excluido social. Se produce un predominio absoluto de hombres frente a las mujeres, de 25 a 40 años de edad. Presentan un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto. Carecen de recursos económicos. Y tampoco disfrutan de formación profesional.

Destacamos la opinión unánime de todos los especialistas consultados de que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la más adecuada para atender asistencialmente a un enfermo mental, ni representa terapéutica más indicada. A pesar de todo, sin embargo, y en función de su propia realidad social, el internamiento promueve en muchos casos la primera intervención asistencial de la enfermedad y ayuda a controlar las patologías psiquiátricas.

ABSTRACT

In our analysis we examine the presence of mentally ill patients in ordinary penitentiaries. The flow of the mentally ill to prisons represents a significant social reality that is a reflection of our ethical and legal structure and social justice.

In our research, we detected 370 chronically mentally ill patients that were placed in ordinary penitentiaries in Andalusia. We discovered that the mentally ill patients placed in these centers clearly find themselves in a situation of marginality and social exclusion with an absolute predominance of men between 25 and 40 years of age over women. These patients are normally uneducated and largely illiterate with no means of support or professional training.

It is noteworthy that all of the specialists consulted coincide in that the imprisonment of the mentally ill in ordinary penitentiaries is not the most appropriate means of providing medical care nor is it the most advisable therapeutic model. In spite of this, however, incarceration often represents the first time these patients have received medical attention for their illness and help in controlling their psychiatric pathologies.

From a legal point of view, the large presence of the mentally ill in prisons challenges the most elemental principles of our social welfare state and threatens the dignity, freedom and even the lives of vulnerable people within human society.

Desde el punto de vista de los valores jurídicos en juego, la nutrida presencia de enfermos mentales en las prisiones revienta los más elementales principios fundamentales de nuestro modelo de Estado social de bienestar, al atentar a la dignidad humana y los valores de libertad y de la propia vida de un grupo de personas vulnerables dentro del colectivo humano.

KEY WORDS: - Mentally ill patients in prison - Social ethics

PALABRAS CLAVES: - Pacientes mentales en prisión. - Ética social.

La ética personal y social se sustenta en la conciencia individual y colectiva que moviliza la voluntad, asociada a la inteligencia, en uno u otro sentido. Aranguren(1) en su libro “Ética y política” decía que si la moral tiene que ser personal y social, esto significa que el viejo Estado de Derecho, sin dejar de seguir siéndolo, tendrá que constituirse en Estado de Justicia. Precisamente, en este artículo, vamos a tratar de reflexionar sobre un asunto que afecta a la ética, el derecho y la justicia aplicada ante una situación concreta que afecta a un grupo de personas singulares de nuestra sociedad.

En nuestro trabajo en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, en defensa de las garantías de los derechos constitucionales, hemos tenido la oportunidad de abordar de forma cotidiana y sistemática los problemas que afectan a los enfermos mentales crónicos, y en especial frente a los que carecen de apoyo familiar y social, y acaban arrastrado a situaciones de desamparo y la exclusión social. En el curso de los últimos años en la Institución hemos tratado de atender las quejas recibidas de aquellos enfermos mentales que presentaban a la Oficina peticiones individuales sobre sus problemas asistenciales, aunque éramos conscientes que quizás los más vulnerables o desasistidos, aquéllos que no tenían familias que los representara, no demandaban protección, ni utilizaban los instrumentos de defensa de los derechos constitucionales que le asisten.

En el marco de las funciones que la Institución del Defensor del Pueblo tiene asignadas, se intensifica la labor respecto a los colectivos más desprotegidos de nuestra sociedad, frente aquellos que no disponen de facultad o competencia para hacer valer sus derechos constitucionales, y entre éstos se destaca a los enfermos mentales.

A veces, la atención ante un problema descubre otro o, simplemente, muestra nuevos aspectos sobre la misma cuestión. Una línea de trabajo puede entre abrir otra, cuyo tratamiento nos permite ofrecer una estrategia de promoción y protección de los

INFORMES

derechos constitucionales desde una perspectiva más global y ajena a cualquier sentido hermético o estanco. Algo parecido surgió cuando, a la vez que desarrollábamos las funciones garantistas respecto a los enfermos mentales, descubrimos su presencia en los centros penitenciarios.

En síntesis, el análisis que aportamos se quiere circunscribir a un hecho detectado, como es la presencia de pacientes mentales en centros penitenciarios comunes. La diáspora de los enfermos mentales a las prisiones representa un hecho social lleno de significación y contenido indiciario sobre la articulación de la ética, el derecho y la justicia social.

Demos cuenta primero del suceso, y después abordemos el análisis a la luz de los principios jurídicos y éticos reconocidos en nuestra sociedad.

La permanencia de enfermos mentales crónicos en las cárceles era una evidencia que habíamos deducidos de algunas quejas concretas presentadas por pacientes, pero que se tornaba en certeza con la afirmación que incorporan en un informe (2) los facultativos responsables de la asistencia médica en las prisiones andaluzas: "... una gran parte de los enfermos mentales crónicos terminan en prisión, al no asistir centros asistenciales para proporcionar asistencia a estos enfermos, con las consiguientes repercusiones sanitarias sobre los mismos".

Con el afán de analizar esta realidad se decide por el Defensor del Pueblo Andalúz promover una investigación sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces(3). Se trataba de conocer en qué medida se hacen ciertos con estos conciudadanos los mandatos que recogen los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, al garantizar el derecho a la salud y a la promoción y plena integración de las personas que sufren algún grado de discapacidad. Fruto de este estudio se detecta que cerca de 400 enfermos mentales se hallan recluidos en centros penitenciarios comunes en Andalucía.

En otros países en donde se había adelantado la Reforma Psiquiátrica, no tardaron en aparecer los mismos indicios que en Andalucía se denunciaban y a la larga han aparecido. The Schizophrenia Association of Great Britain en 1994, al valorar la asistencia que se prestaba a los enfermos mentales había reconocido un acentuado retroceso en el efectivo tratamiento de los enfermos. Y refiere los siguientes síntomas: a) cada vez hay más enfermos mentales en la calle sin atención sanitaria alguna; b) los enfermos mentales están a veces peor atendidos en sus domicilios que antes en los hospitales; c) cada vez hay más enfermos en prisión.

En el marco de la realidad andaluza, y a tenor de nuestro trabajo institucional en la atención de las quejas de los ciudadanos, hemos venido comprobando como estos

indicios se han ido confirmando día a día(4). Y hemos constatado la situación registrada respecto a los enfermos mentales crónicos infractores que han acabado en prisión tras soportar importantes carencias de alternativas asistenciales adecuadas a su situación familiar y social. Su progresivo abandono les llevó a un proceso de agravamiento de la enfermedad y la desatención les acercó a una severa marginalidad. Esta situación de riesgo ante el cumplimiento de la ley, suele concluir con comportamientos asociales y, finalmente, de repercusión penal.

Lamentablemente la realidad detectada en Andalucía de los pacientes mentales en prisión se extiende también a otras Comunidades Autónomas. Los *Sindics de Greuges* de Cataluña y Valencia han dado testimonio de la afluencia de los enfermos en los centros penitenciarios(5) de estas Comunidades.

Entrando en materia, siendo el objetivo del estudio exponer la situación de los enfermos mentales que se encuentran internados en centros penitenciarios, surge como primer elemento la magnitud más elemental y previa para abordar el problema, cual es conocer numéricamente esa situación. En el curso de la investigación nos referimos a aquellos enfermos mentales que se encuentran en un estado de cronicidad que les incapacita e invalida. Descartamos, por tanto, aquellos otros internos que padecían enfermedades mentales ocasionales, o éstas no son relevantes. Tratamos de ser rigurosos ya que nos interesaba registrar los casos de verdaderos trastornos mentales que incapaciten a la persona, o una dolencia mental grave que dificulte o impida conocer el sentido y alcance del cumplimiento de la pena de privación de libertad. A su vez, hemos excluidos a los deficientes psíquicos que también pueblan nuestras prisiones, a pesar de evidenciar su presencia. Con posterioridad daremos cuenta de otra investigación llevada a cabo sobre este colectivo.

Con todas estas consideraciones, en la investigación se detectaron 370 enfermos mentales crónicos que estaban ingresados en centros penitenciarios comunes en Andalucía. Este dato se confirma a través de otra información paralela proveniente de las Instituciones Penitenciarias. Todas las personas que ingresan en un centro penitenciario se someten a un reconocimiento sanitario previo y formalizan una encuesta de información socio-sanitaria. En este acto de reconocimiento médico, se realiza una historia clínica y una exploración psicopatológica. Pues bien, el estudio estadístico de esta información tratada refiere que el 2 por 100 de los ingresos de los centros penitenciarios comprende a personas con trastornos mentales graves. Este dato acoge un consenso mayoritario: en los centros penitenciarios tienen acreditado que el 2 por 100 de los internos que ingresan son enfermos mentales crónicos.

De la misma forma, si cruzamos los registros obtenidos en la investigación llevada a cabo por la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz, con el indicador del 2 por 100 sobre los ingresos totales en las prisiones andaluces, resalta de manera coincidente,

INFORMES

que en torno a unas 400 personas enfermas mentales se hayan ingresados en los centros penitenciarios en Andalucía.

Con los datos de las prisiones andaluzas, en su conjunto, el 4,35% de los presos andaluces son enfermos mentales crónicos.

Una vez estudiado el número de enfermos mentales crónicos que se hallan internados en los centros penitenciarios, nos interesó averiguar la tipología personal y social de las personas afectadas por este problema. Y descubrimos que los pacientes mentales ingresados en centros penitenciarios respondían fielmente al tipo del marginado y excluido social. Se produce un predominio absoluto de hombres frente a las mujeres, de 25 a 40 años de edad. Aunque se localizan algunos casos significativos de personas mayores de 60 años que padecen enfermedad mental, y se encuentran cumpliendo penas amplias. Presentan un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto. Carecen de recursos económicos. En las prisiones le suelen gestionar la obtención de la pensión no contributiva por enfermedad. Tampoco disfrutaban de formación profesional.

En cuanto al apoyo familiar, hay casos en los cuales la ayuda familiar se muestra decisiva y contribuye a abordar más adecuadamente al enfermo, conocer así sus circunstancias sanitarias y personales y facilitar la obtención de permisos o el tercer grado penitenciario. No obstante, predomina la ausencia de apoyo familiar. Con frecuencia, estos enfermos se hallan totalmente abandonados a su suerte por sus familias. En algunos casos porque comprenden familias desestructuradas; en otros, la retirada de la familia se fundamenta en que llevan padeciendo las dificultades de convivencia desde hace largo tiempo, o han sido las propias víctimas de los delitos cometidos.

Una concatenación de circunstancias ha orientado al enfermo mental infractor hacia los centros penitenciarios. Analicemos algunas de ellas. En principio, se trata de sujetos infractores que han cometido algún tipo de delito y cuya responsabilidad penal ha sido determinada por los órganos judiciales. Ahora bien, con demasiada frecuencia, la propia enfermedad mental grave pasa desapercibida en el proceso penal y no se contempla como causa de inimputabilidad de la responsabilidad contraída por la ejecución de los actos de enjuiciamiento. A nuestro modo de ver, la pobreza de los pacientes conducen a que, por lo general, la defensa en juicio de los enfermos mentales crónicos se atribuya a los abogados de turno de oficio. Así, la propia dinámica de la designación del abogado de oficio y las limitadas capacidades de los enfermos mentales infractores provoca que la labor de defensa resulte difícil de preparar, pues ni siquiera el interesado se suele poner en contacto directo con el abogado, de tal modo que la psicopatología pasa con frecuencia desapercibida. Una segunda complicación observada, consiste en una vez advertida la enfermedad del encausado, paradójicamente, no convenía alegar la enajenación mental, ya que su reconocimiento por el Juzgador conllevaba -en aplicación del antiguo artículo 8.1 del antiguo Código Penal- la medida de internamiento en un centro psiquiátrico sin

sujeción concreta a plazo temporal. De tal forma, la declaración de la irresponsabilidad penal del enfermo, quizás por un delito menor, le conducía al Hospital Psiquiátrico Penitenciario sin acotamiento temporal de la medida. En suma, tal como estaba configurado legalmente el internamiento en Centros Psiquiátricos, sólo era recomendable la invocación de la enfermedad en el caso de los delitos mayores, o cuando se aducía como eximente incompleta para atenuar el alcance de la pena. En realidad, más que suponer un beneficio, solía concluir perjudicando al encausado.

Desde la óptica de las administraciones prestacionales de Andalucía, es destacable otro elemento que ha influido notablemente en el éxodo de los enfermos mentales hacia los centros penitenciarios. Nos referimos ahora, a la realidad social que suele rodear a estos enfermos, aislados de sus entornos familiares, y sin un modo de asistencia o de cuidados que le garantice la continuidad de los tratamientos, se les conduce inexorablemente a una situación de absoluta marginalidad. Ante estas carencias asistenciales, los enfermos mentales crónicos encuentran el cierre de los hospitales psiquiátricos civiles y la ausencia de alternativas institucionales para acoger a estos enfermos. Esta falta de alternativas - ya denunciada con reiteración por las Instituciones garantistas-- ha situado a un buen número de enfermos mentales en la indigencia y la marginación, como antesala de la delincuencia.

También ha influido, la ausencia de estructuras institucionales de tutela de los enfermos mentales e incapacitados. La falta de representación y de atención a los intereses de estos enfermos, en especial respecto a los enfermos infractores, sitúa al afectado en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales. Todas estas causas concurrentes han provocado la situación que se expone en el estudio: la elevada presencia de enfermos mentales en los centros penitenciarios comunes

Respecto a la atención sanitaria que reciben en los centros penitenciarios, en general, según la propia valoración aportada por los responsables de los servicios médicos, la asistencia especializada psiquiátrica que se presta a los enfermos mentales presos es deficiente. Según hemos deducido, la prestación especializada obtenida depende en gran medida del voluntarismo de los profesionales implicados, de tal modo, que cuando se mantienen estrechas relaciones con los dispositivos sanitarios públicos, la asistencia se normaliza, y es más irregular cuando surgen vacíos o conflictos organizativos. También las listas de espera y la masificación que padecen algunos Equipos de Salud Mental contribuyen a dificultar el acceso a la asistencia.

En relación con la asistencia hospitalaria, los servicios médicos penitenciarios tratan de controlar a los enfermos en el ámbito de las propias enfermerías, pero cuando el caso les desborda necesitan remitirlo al hospital de referencia, en principio como un ciudadano más del área hospitalaria. Sin embargo, el nivel de aceptación de estos

INFORMES

enfermos mentales en los centros hospitalarios es mínimo, y con frecuencia, acaban siendo rechazados de los hospitales. Esta repulsa, inadmisibles en cualquier caso, tiene su origen en la conflictividad y dificultad que les generan - van custodiados por policías, pueden ser agresivos, el personal trata de evitarlos, distorsionan al resto de pacientes, etc.-, así como por la situación de masificación que ya padecen las Unidades de Agudos de los Hospitales. Estas circunstancias ocasionan serias dificultades reales. De hecho, la mayor parte de los responsables facultativos penitenciarios en Andalucía deciden no remitir el enfermo al hospital, o sólo hacerlo con carácter excepcional.

Existe unanimidad por parte de los centros penitenciarios en reconocer que no se está practicando ninguna medida de rehabilitación específica para los enfermos mentales.

La coordinación asistencial entre la red pública y la penitenciaria no está debidamente establecida, ya que no existen mecanismos institucionales que promuevan las acciones de colaboración para garantizar la adecuada prestación sanitaria y los mecanismos de comunicación entre ambos dispositivos. Actualmente, la situación se desenvuelve en régimen de informalidad que varía en función del voluntarismo e inquietud de los profesionales implicados.

En el curso de la investigación también ha quedado acreditado que se produce un alto nivel de reingreso de enfermos mentales en las cárceles. Los centros nos expresan que son multireincidentes y cíclicos. La tasa de reingreso en el centro penitenciario es muy elevada, en especial respecto a los casos difíciles y problemáticos que carecen de apoyo familiar.

La ausencia de medidas de coordinación entre redes asistenciales dificulta el proceso de reinserción del enfermo en el ambiente social, y promueve el continuo reingreso de los enfermos en prisión. Para los facultativos los enfermos mentales acababan siéndoles familiares y conocidos; advertían que siempre eran los mismos que entran y salen de la prisión.

Destacamos la opinión unánime de todos los especialistas consultados de que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la más adecuada para atender asistencialmente a un enfermo mental, ni representa la medida terapéutica más indicada. A pesar de todo, sin embargo, y en función de su propia realidad social, el internamiento promueve en muchos casos, la primera intervención asistencial de la enfermedad y ayuda a controlar las patologías psiquiátricas.

Las condiciones en la que viven estos enfermos mentales hacen que su presencia en los centros penitenciarios les reporta, al menos, el beneficio de ser atendidos médicamente y recibir la asistencia farmacológica que precisan, de tal modo, que es

más fácil detectar y controlar la enfermedad dentro de la cárcel que fuera de ella. Recientemente hemos recibido una queja de un padre de un enfermo mental solicitando nuestra intervención para que su hijo mendigo de las calles de Sevilla, que se halla en busca y captura, ingrese en prisión, "... ya que fue el único sitio donde lo atendieron adecuadamente". Esta circunstancia encierra uno de los hechos más dramáticos que constata el estudio, como es el que estos enfermos mentales pasen desapercibidos para el sistema sanitario público. Son personas que al no demandar servicios sanitarios ni sujetarse a normas de acceso a las prestaciones, acaban siendo excluidos de la atención sanitaria reglada. Por otra parte, la ausencia de dispositivos asistenciales, que cuando están en libertad, se ocupen de ellos, termina por desconectar al enfermo del sistema de salud. Ellos prescinden de los recursos sanitarios y estos ni los reconocen ni contemplan. El efecto es conocido, enfermos mentales crónicos que sólo son atendidos mientras permanecen en prisión.

En cuanto a las condiciones que soportan en la prisiones, los enfermos mentales no suelen ser clasificados en tercer grado de tratamiento, ante las dificultades que puedan presentar para vivir en régimen abierto o de semilibertad, dada la falta de responsabilidad por su parte para asumir esta forma de vida. En cuanto a los permisos de salida, también suelen encontrarse con dificultades para su concesión, ya que con frecuencia se trata de personas en situación de abandono o desprotección con una desvinculación total de familiares o instituciones que le custodien y velen por que sus necesidades más básicas se encuentren cubiertas.

El enfermo sólo puede regresar al núcleo familiar cuando exista una relación positiva con su grupo familiar y un entorno social normalizado, que acepte al enfermo y realice una labor de protección hacia el mismo facilitando su integración. Estos casos, según se indica, son los menos, dadas las características tanto del enfermo como de las familias, pues éstas suelen carecer de recursos humanos y económicos para atenderle, o bien se niegan a hacerlo por la alteración que pueda producir el enfermo en la convivencia familiar. Con frecuencia, se dan también casos en los cuales los delitos han sido cometidos en el seno de la propia familia o en el entorno social que rodea a ésta, llegando incluso a estar establecido por sentencia la imposibilidad de volver al lugar de los hechos.

Los casos en que el enfermo carece de un medio familiar que le acoja, es necesario una institución o recurso que cubra esta necesidad. Es aquí donde surgen las mayores dificultades; al no existir alternativas en la comunidad, se provoca que los enfermos tengan que permanecer más tiempo en la prisión al no beneficiarse de la libertad condicional, o estén más tiempo como internados judiciales, ya que la duración del internamiento aunque no pueda exceder del límite que marca la ley, puede verse afectada en función de la evolución de la enfermedad y de los recursos disponibles para vivir fuera de la prisión.

INFORMES

Una parte importante de enfermos mentales permanecen durante toda la condena o estancia penitenciaria en la enfermería de los centros. Valga de ejemplo la situación que el informe registra respecto al Centro Penitenciario de Jaén: "... nos muestran el libro de alta y baja de enfermería y se constata que en el mes de marzo de 1996 se han producido 39 altas, y de entre ellas, 22 casos de enfermos mentales. Estiman que, como media, la mitad de la enfermería viene siendo ocupada por enfermos mentales." Consta que algunos se hallan ingresados desde hace más de dos años ininterrumpidamente, y varios de ellos llevaban nueve meses en la enfermería sin salir.

En general, la vida en las enfermerías se desarrolla en un ambiente de apatía y desmotivación. Los internos deben desenvolverse en instalaciones, aunque nuevas, estrechas y desangeladas, y desarrollan una vida de máxima pasividad y ociosidad. En el informe del defensor del pueblo andaluz se constata que: "En las enfermerías no hay nada que hacer durante todo el día. No existen actividades regladas ni tareas que realizar. No cuentan con más entretenimiento que un televisor, aunque en algunas enfermerías está roto o no funciona. En realidad la estancia en las enfermerías está pensada para permanencia de períodos cortos y sujetos a unas condiciones físicas limitadas" (6).

La presencia de estos enfermos mentales internados en centros penitenciarios es compartida, también, por deficientes psíquicos que han cometido algún tipo de delito. Coincidentemente, con la investigación desarrollada por el Defensor del Pueblo Andaluz sobre los enfermos mentales en prisión, el programa Leonardo Da Vinci, DG XXII de la Comisión Europea, promovió un estudio (7) consistente en ofrecer una visión panorámica de una minoría de personas con comportamiento delictivo y discapacidad mental en tres países: Dinamarca, Finlandia y España. El proyecto se orienta no sólo a procurar que estas personas mejoren su calidad de vida, sino también a prevenir que las personas con discapacidad mental se conviertan en delincuentes. Fruto del trabajo de campo realizado en España se verifica, así mismo, la afluencia de deficientes psíquicos en las prisiones españolas. Por nuestra parte, podemos confirmar, a través de las visitas realizadas a los centros, la presencia de los mismos en los centros penitenciarios andaluces.

Hay una referencia de este estudio que, a nuestro juicio, merece subrayarse, es la relativa a lo que se denomina "el derecho a no recibir un castigo o tratamiento cruel e inusual". Se valora en el informe que los reclusos con discapacidad psíquica están sujetos a un grave riesgo de sufrir daños provocados por la especial susceptibilidad de estas personas dentro del sistema correccional, que les convierte en objetos de abusos, la explotación, la manipulación, la incomprensión y en sujetos inhábiles para beneficiarse de los programas de reinserción en la población reclusa en general. El informe denuncia que la estancia en prisión es una experiencia devastadora para la mayoría de las personas con discapacidad psíquica debido a: la victimización y explotación que se ven sometidos; un mayor número de situaciones disruptivas de la disciplina, lo cual conlleva una mayor

pérdida de privilegios y menos oportunidades para una salida anticipada de la prisión; y la carencia de programas específicos de reinserción y rehabilitación (8). Todas estas condiciones son extensibles al caso de los enfermos mentales.

En fin, estos son los hechos y las circunstancias, pasemos a continuación a observar los principios jurídicos y éticos afectados.

Desde el punto de vista del derecho positivo la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, proclamada en París el 10 de diciembre de 1948, en su artículo 25 reconoce el derecho de los hombres a los servicios sociales necesarios y a gozar de protección en los casos de enfermedad. Este derecho junto a los consignados en los artículos 41, 43 y 49 de nuestra Constitución imponiendo a los poderes públicos el deber de proteger sanitaria y socialmente a las personas; garantizando la asistencia y prestaciones sociales suficientes en el marco de un sistema público de Seguridad Social y reconociendo el derecho ciudadano a la protección de la salud, constituyen el marco legal y el mandato imperativo de una profunda modificación en el sistema de Salud Mental hoy vigente.

La Declaración de los derechos del retrasado mental, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971 (Resolución 2856), prescribe que el retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes. Más adelante se dice que de ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. En el hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

La Declaración de los derechos de los impedidos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975 (Resolución 3447) declara que el impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional; tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas.

El Programa de acción mundial para los impedidos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas por Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982 reflexiona que el aumento de la incidencia de la incapacitación y la marginación de los impedidos se puede atribuir a muchos factores. Figuran entre ellos: .../... e) Programas inadecuados de asistencia y servicios de atención primaria de salud .../... h) Falta absoluta, o situación deficiente, de la infraestructura de servicios conexos en materia de asistencia

INFORMES

social, sanidad, educación, formación profesional y colocación. En este instrumento normativo se aprecia que la relación entre incapacitación y pobreza ha quedado claramente demostrada. Si bien el riesgo de deficiencia es mucho mayor entre los pobres, también es cierto lo contrario. El nacimiento de un niño deficiente o el hecho de que una persona de la familia se incapacite suele imponer una pesada carga a los limitados recursos de la familia y afecta a su moral, asumiéndola aún más en la pobreza. La suma de esos factores hace que la proporción de impedidos sea más alta en los estratos más pobres de la sociedad. Por esta razón, el número de familias pobres afectadas aumenta continuamente en términos absolutos. Los efectos negativos de estas tendencias obstaculizan seriamente el proceso de desarrollo.

Se constata en el texto jurídico que en muchos países se han desatendido en particular los servicios sanitarios y sociales destinados a los enfermos mentales. Se considera que la atención psiquiátrica de los enfermos mentales debe ir acompañada de la prestación de apoyo y orientación social a estas personas y a sus familias, que con frecuencia sufren un estado de tensión especial. Donde se dispone de tales servicios, disminuye la duración de la estancia y la probabilidad de un nuevo internamiento en la institución. En los casos en que las personas mentales retardadas adolecen también de problemas causados por la enfermedad mental, se requieren medidas para que el personal sanitario conozca las diversas necesidades relacionadas con el retardo.

Desde el punto de vista de la conceptualización jurídica, el Estado se define como de derecho, democrático y social –art. 1.1. de la Constitución Española - que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico, libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. Este precepto establece el fundamento y la propia razón de ser del Estado. La cláusula del Estado Social de Bienestar vincula a los poderes públicos a dotarse de los recursos necesarios para garantizar la atención de las necesidades esenciales de las personas, en especial aquellas que afecten a su dignidad humana.

El profesor Muñoz Machado (9) al reflexionar sobre los ciclos de los servicios sanitarios públicos, y en relación con las nuevas reformas de la sanidad y al retorno de los principios liberales, acaba concluyendo que “esta noción de la dignidad de la persona, los valores de libertad, el valor de la vida misma, son la fortaleza última, a la capa que cubre el núcleo irreductiblemente público que los servicios sanitarios.” El autor reflexionando llega a la conclusión de que la crisis del estado de bienestar, la marcha atrás en el proceso de crecimiento de los gastos sanitarios, no puede llegar al extremo de que leyes nuevas o las políticas aplicadas reduzcan las prestaciones sanitarias dejando sin cobertura necesidades que los ciudadanos o algunos colectivos ciudadanos no pueden atender por sí mismo, dejando a su propia resolución la atención de necesidades, que de no cubrirse provocarían que quedara afectado a su propia dignidad como personas. Sostiene que la crisis del estado de bienestar puede provocar la reversibilidad de prestaciones sociales, en especial frente a la asistencia sanitaria, que está vinculada al propio crecimiento del

estado de bienestar, “es la marca de la quiebra del dogma de la autosuficiencia individual en cuanto concierne a los problemas de salud. El autoabastecimiento del ciudadano se sustituye por una atención pública a sus necesidades de salud concretas como individuo.” La reducción del contenido efectivo de las prestaciones en los servicios públicos consolidados tiene que ir acompañada de la precisa acción de discriminar las prioridades, para que en todo caso, el Estado asegure la protección necesaria, para salvaguardar la dignidad de las personas y los valores constitucionales relevantes.

Desde el punto de vista de los valores jurídicos en juego, la nutrida presencia de enfermos mentales en las prisiones revienta los más elementales principios fundamentales de nuestro modelo de Estado Social de bienestar, al atentar a la dignidad humana y los valores de libertad y de la propia vida de un grupo de persona vulnerables dentro del colectivo humano.

Es preciso retornar a la ética, dice el profesor Gregorio Robles (10), al analizar la ética como necesidad, en su trabajo *Los derechos fundamentales y la ética en la sociedad actual*. Específica que se refiere a la ética en serio, no a una ética meramente procedimentalista, se impone la reflexión sobre los problemas que hoy tenemos, tanto en el ámbito de la vida personal como en el de la vida social o política.

Ortega y Gasset en Mirabeau y el Político (11) postula una higiene de los ideales, una lógica del deseo. Refleja que lo que más diferencia a la mente infantil del espíritu maduro es que aquella no reconoce la jurisdicción de la realidad y suplanta las cosas por sus imágenes deseadas: “sienten lo real como una materia de blanda y mágica, dócil a las combinaciones de nuestra ambición.” La madurez comienza cuando descubrimos que el mundo es sólido, que el margen de la holgura concedido a la intervención de nuestro deseo es muy escaso y que más allá de él se levanta una materia resistente, de constitución rígida e inexorable. Entonces empieza uno a desdeñar los ideales del puro deseo y a estimar a los arquetipos, es decir, a considerar como ideal la realidad misma en lo que tiene de profunda y esencial. En este punto Ortega, nos invita a buscar el contacto inmediato con la nuda realidad de la vida, es decir, a aceptar esta íntegramente en todas sus condiciones, -refiere- sin aspavientos de un artificioso pudor.

Para Ortega y Gasset la política de Mirabeau es una política clara. Considera el autor que una política es clara cuando su definición no lo es. De forma tajante declara que hay que decidirse por una de estas dos tareas incompatibles: o se viene para hacer política o se viene para hacer definiciones: “la definición es la idea clara, estricta, sin contradicciones; pero los actos que inspira son confusos, imposibles, contradictorios. La política, en cambio, es clara en lo que hace, en lo que logra, y es contradictoria cuando se la define. Recuérdese el dicho de Einstein a propósito de la geometría, que es un puro sistema de definiciones. Las proposiciones matemáticas, en cuanto que tienen que ver con la realidad, no son ciertas, y en cuanto que son ciertas, no tienen que ver con

la realidad. La física se parece mucho a la política, porque en ambas lo real ejerce su imperativo sobre lo ideal y conceptual.” .

Y retomamos de nuevo las ideas de Gregorio Robles (12), al considerar que el relativismo moral, que constituye hoy día el rasgo predominante de nuestra sociedad, ha de ser superado. Y aporta nuevas ideas: al menos hay que lograr un consenso mínimo, esto es, un consenso sobre un núcleo de criterios morales que representen los valores básicos para una convivencia realmente humana. Hoy la ética se ha transformado en una necesidad radical, pues sin ella el género humano sucumbirá a la destrucción. Afirma: “es preciso un nuevo pacto que nos impulse a la contemplación de la humanidad como un todo y nos permita salvarnos juntos. No un pacto a favor del estado como los modernos, sino a un pacto a favor de la humanidad”.

En fin, como decíamos al inicio, denunciando la presencia de las personas enfermos mentales en prisión revelamos un asunto que afecta a la ética, el derecho y la justicia aplicada. Esta flagrante realidad infractora de los derechos fundamentales no puede seguir siendo obviada, sabemos que están ahí, y su presencia afecta al núcleo de credibilidad jurídica y ética de nuestro sistema social. La propia razón de ser de nuestro sistema descansa justamente en la capacidad para respetar los límites que exigen la dignidad humana, la libertad y la propia vida. Nos parece un verdadero atentado a la ética social que representa el Estado de Bienestar que los enfermos mentales y también los psíquicos sean reclusos en prisiones. Sería deseable que la sociedad ofreciera a sus enfermos más vulnerables las medidas asistenciales y rehabilitadora que su enfermedad y su derecho a la dignidad humana precisan.

- (1) “*Ética y política*”. José Luis Aranguren. 2º Ed. Guadarrama., Madrid 1968. pág. 257. Se refiere a ello en el apartado sobre la democracia real: económica, social y política
- (2) Nos referimos al informe sobre la asistencia sanitaria de los internos elaborado por un grupo de facultativos de centros penitenciarios andaluces, que consta en el Informe del Defensor del Pueblo Andaluz de 1995, pág. 17. En el citado informe se aportan, entre otras, las siguientes consideraciones: : “*Por otro lado, con la reforma sanitaria de salud mental, la desaparición de los hospitales para enfermos mentales crónicos (hospitales psiquiátricos, manicomios) y la falta de estructuras intermedias, una gran parte de los enfermos mentales crónicos terminan en prisión, al no asistir centros asistenciales para proporcionar asistencia a estos enfermos, con las consiguientes repercusiones sanitarias sobre los mismos, convirtiéndose los servicios sanitarios de las prisiones en la única solución asistencial de estos presuntos delincuentes/enfermos considerados como imputables o parcialmente imputables*”.
- (3) Se trata del *Informe del Defensor del Pueblo Andaluz sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces* presentado en el Parlamento de Andalucía en diciembre de 1997.
- (4) Desde otras instancias, estos riesgos ya se atisbaron por los especialistas en el año 1987. En concreto, en febrero de 1987, un Comité constituido por la Asociación de Jueces para la Democracia, la Unión Progresista de Fiscales y la Comisión de Legislación de la Asociación de Neuropsiquiatría de Andalucía,

anticipaba el preludio de la nueva transinstitucionalización: *“...Cuando se unen enfermedad mental deteriorante grave, de curso prolongado, y dificultades familiares (penuria económica, ausencia o avanzada edad de los padres, etc.) hay únicamente la breve estancia en la Unidad de Agudos, la visita periódica al domicilio, la inyección mensual... El resto es encierro en el domicilio, vagabundeo sin rumbo. Empleo u ocupación protegida, apoyo psicosocial mantenido, programas específicos de rehabilitación de pacientes a medio y largo plazo... nada de eso existe. Este problema, a corto plazo, va a ser el origen de una nueva institucionalización, de un nuevo encierro, más duro y difícil de desmontar que el presente. Algunas de las personas ya están en el Psiquiátrico Penitenciario y otros, los que tienen dinero, en clínicas y residencias privadas, encerrados...”* (Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. VII, nº 21, de 1987).

- (5) El Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana ha detectado que la escasa atención a los enfermos crónicos se encuentra directamente relacionada con el fracaso de la desinstitucionalización, que no ha creado, en el momento adecuado, los recursos intermedios que aseguren el correcto tratamiento de los pacientes deshospitalizados. Refiere que en el proceso de reforma parece haberse confundido la desinstitucionalización con la deshospitalización psiquiátrica: *“Mientras la primera exige un desarrollo de recursos intermedios de rehabilitación (hospitales de día, unidades de rehabilitación, etc.), la deshospitalización se basa en una simple reducción de camas en los sanatorios psiquiátricos. La reforma psiquiátrica en la Comunidad Valenciana parece haberse agotado en el esfuerzo deshospitalizador, limitando la actuación y el tratamiento hospitalario en los enfermos agudos y dejando de lado o posponiendo la atención especializada al extenso grupo de los pacientes crónicos.”* El Síndic concluye que: *“Así, parece imperativo un cambio en la política pública relativa a los enfermos mentales, la realidad diaria nos muestra que la deshospitalización, sin el regular funcionamiento de las estructuras intermedias sustitutivas, conduce en muchos casos al efectivo abandono de los enfermos que aun bajo el cuidado de sus familias no pueden recibir de éstas la atención que precisan, sustituyéndose finalmente el manicomio por la cárcel, el encierro domiciliario, la miseria y la muerte. El denominado en el Plan de Salud Mental “núcleo de credibilidad del sistema”, parece actualmente fracasado; se ha producido un desencuentro, un distanciamiento, entre las instituciones y la realidad, entre el discurso de la Reforma y la acción pública. Parece necesaria una reforma del Plan que amplíe su objeto extendiendo su acción a las familias que directamente participan en el cuidado y tratamiento de los enfermos, ejecutando competencias que por su naturaleza son públicas, y que sea evolutivo y flexible para su adecuación a las cambiantes circunstancias y lo suficientemente estable y coherente para permitir la regular actuación de la pesada máquina burocrática que ejecuta las decisiones políticas.”* (La familia de los enfermos mentales en la reforma psiquiátrica valenciana. X Jornadas de Coordinación entre Defensores del Pueblo).

En otro ámbito de referencia, el Síndic de Greuges de Cataluña, en un Informe sobre: *“La repercusión de la crisis económica en la salud mental: reforma psiquiátrica una cuestión a resolver”*, presenta un panorama similar al descrito en Andalucía, y formula un análisis crítico de la gestión de la reforma de salud mental. Considera que después de treinta años de abogar por *“la desinstitucionalización”*, voces autorizadas cuestionan su conveniencia. Hace uso de un Informe de la *“The Schizophrenia Association of Great Britain”*, de mayo de 1994, en el que se formula la durísima crítica al proceso de desinstitucionalización: *“La publicación mencionada, afirma, sobre la base de datos comprobados empíricamente que el paciente esquizofrénico y la familia de éste, eran tratados mejor en el antiguo sistema de hospital psiquiátrico, que en el moderno de atención comunitaria. De otro lado se da a entender que en no pocos casos, la desinstitucionalización no ha sido tal, sino que ésta se ha mantenido, aunque cambiando el establecimiento, sustituyendo el hospital psiquiátrico por la prisión.”*

- (6) Informe la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces del Defensor del Pueblo Andaluz, pág. 60.
- (7) El estudio y las actuaciones del Programa Europeo Leonardo Da Vinci se publican en el libro: *“Régimen Penitenciario y retraso mental”*. Ed. Real Patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Sevilla 1998.

INFORMES

- (8) *“Régimen Penitenciario y retraso mental”*, pág. 159.
- (9) *“La organización de los sistemas de salud (la integración, la reforma y la crisis de los servicios sanitarios públicos)”*. Santiago Muñoz Machado. I Congreso de Derecho y Salud. Barcelona noviembre de 1992.
- (10) *“Los derechos fundamentales y la ética en la sociedad actual”*. Gregorio Robles. Ed. Cuadernos Civitas. Madrid 1992.
- (11) *“Mirabeau o el Político/ Contreras o el aventurero”*. José Ortega y Gasset. Ed. Revista de Occidente. Colección El arquero. Madrid 1974.
- (12) Gregorio Robles, op.cit. pág. 185.

(*) Coordinador de la Dirección Gral. de Infancia y Familia
Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía
jmburson@airtel.net

Fecha recepción: 28-05-01